



RESOLUCIÓN DE 26 DE ABRIL DE 2019, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DE LA AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE, POR LA QUE SE PUBLICA LA RELACIÓN PROVISIONAL DE PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA FASE I – VALORACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS- EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA Y APARATO DIGESTIVO.

RESUELVE

PRIMERO.- Aprobar y publicar la **relación provisional de puntuaciones obtenidas en la Fase I** - Valoración de **Competencias Técnicas** - por los/las candidatos/as que participan en todas las fases del procedimiento, en la especialidad de Cirugía y Aparato Digestivo.

Según el apartado 7.1 de las Bases reguladoras: “Solo las personas que superen el 50% de la puntuación de esta fase (80 puntos) serán consideradas aptas, y podrán continuar con el proceso”.

SEGUNDO.- Publicar la plantilla provisional de respuestas y el cuestionario correspondiente a la Prueba de Competencia Técnica (**Anexo II**)

TERCERO.- Aprobar la instancia de alegación a esta fase (**Anexo III**), y establecer un periodo de reclamación individual al listado provisional de puntuaciones de la Fase I de tres días hábiles, a partir del día siguiente a la publicación de esta resolución, del **30 abril al 3 de mayo de 2019**, ambos inclusive.

Las alegaciones podrán presentarse en el Registro General del Hospital de Poniente o Registros Auxiliares de sus centros adscritos, dirigidas a la Dirección de Recursos Humanos de la Agencia Sanitaria Poniente. En caso de enviarse por otra de las vías contempladas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, rogamos se adelante una copia al correo seleccion@ephpo.es

Transcurrido el periodo anterior, esta Dirección Gerencia emitirá Resolución definitiva y su publicación servirá de resolución a las reclamaciones realizadas por los/las interesados/as.

CUARTO.- La presente resolución es un acto de trámite que no agota la vía administrativa, si bien, de conformidad con lo establecido en el art.112.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se podrá interponer recurso de alzada ante la Dirección Gerencia de la Agencia Sanitaria Poniente, en el plazo improrrogable de 1 mes, en los términos establecidos en los arts.121 y 122 de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública.

El Ejido, 26 de abril de 2019

EL DIRECTOR GERENTE

Pedro Acosta Robles



Anexo I. Cirugía y Aparato Digestivo

RELACIÓN PROVISIONAL DE PUNTUACIONES CORRESPONDIENTES A LA FASE I – VALORACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS.

NIF	Proceso	Núm. Preguntas Acertadas	Núm. Preguntas Reserva Acertadas.	Listado Provisional _Fase1 Puntuación Máxima 160
75562825M	1904_BC T_FEA CIRUGIA	20	5	160
54118586T	1904_BC T_FEA CIRUGIA	20	4	160
80088580G	1904_BC T_FEA CIRUGIA	19	5	152
77348844M	1904_BC T_FEA CIRUGIA	19	5	152
15426614P	1904_BC T_FEA CIRUGIA	18	4	144
53655647M	1904_BC T_FEA CIRUGIA	11	3	88
53655359Q	1904_BC T_FEA CIRUGIA	10	1	80

A publicidad
En El Ejido, a 26 de abril de 2019



Agencia Pública Sanitaria Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Bolsa de Contratación Temporal para el Personal Facultativo Especialista en todos los centros dependientes de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. BCT FEA's 1903_1404 _ Prueba Competencias Técnicas : Cirugía –Aparato Digestivo

ANEXO II

PRUEBA DE COMPETENCIA TÉCNICA

Bolsa de Contratación Temporal
Facultativos/as Especialistas 2019

**ESPECIALIDAD: CIRUGIA Y APARATO
DIGESTIVO**

FECHA PRUEBA: 26/04/2019



Instrucciones de cumplimentación:

El presente cuestionario recoge una serie de preguntas referidas a las competencias técnicas mínimas imprescindibles que usted debe tener para desempeñar adecuadamente el puesto al que opta. Consta de 20 preguntas, más cinco de reserva con cuatro alternativas de respuesta, cada una de ellas y solo una opción correcta.

- Dispone de un tiempo de 30 minutos para su realización.
- Lea completa y atentamente cada de las preguntas asegúrese de entenderla antes de contestar.
- Indique la opción correcta mediante un círculo, si se equivoca al responder alguna pregunta, tache con un aspa la respuesta equivocada y rodee de nuevo con un círculo la respuesta correcta.
- Si tiene otra duda coméntelo con la persona referente del aula.

1. En relación al uso de drenajes en cirugía, indique la VERDADERA

- A. Su uso es necesario siempre para evacuar colecciones en lecho de la cirugía.
- B. Existe evidencia que su empleo aporta ventajas sobre su no uso.
- C. Su empleo no limita la movilización del paciente quirúrgico.
- D. Se recomienda la no utilización de drenajes, excepto en cirugía pélvica.

2. En relación al abordaje quirúrgico de la cavidad abdominal, señale la FALSA:

- A. Se recomienda el empleo de la técnica laparoscópica si se dispone de la experiencia.
- B. El abordaje laparoscópico acorta la estancia y la reincorporación a la actividad habitual más precoz.
- C. En cirugía abierta, las incisiones transversas bajas se acompañan de menor dolor postoperatorio y complicaciones pulmonares.
- D. En cirugía abierta, la laparotomía subcostal induce menor número de complicaciones pulmonares que la laparotomía subxifoidea.



3. Con respecto a la delimitación del campo quirúrgico, con soluciones antisépticas, indicar la VERDADERA.

- A. La desinfección de la piel previa a la delimitación se debe hacer de sucio a limpio.
- B. Se recomienda la utilización de Povidona Iodada en solución alcohólica.
- C. Se recomienda la utilización de Clorhexidina en solución alcohólica al 1%
- D. Es indistinto el antiséptico utilizado, siempre que se mantenga la antisepsia adecuada.

4. La enfermedad tromboembólica es común tras la cirugía mayor, estimada aproximadamente en un 20%, para pacientes de cirugía general y un 30% para cirugía colorrectal. Indique la FALSA de las siguientes afirmaciones.

- A. Las medias de compresión son efectivas para prevenir la enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos, reduciendo el riesgo, aún más, si se combina con agentes farmacológicos.
- B. Los dispositivos de compresión neumática intermitente disminuyen la incidencia de trombosis venosa profunda, siendo más efectivo el método combinado con medidas farmacológicas.
- C. La heparina no fraccionada (HNF) y las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son igualmente efectivas para la prevención de la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar.
- D. La administración de Heparinas tanto de bajo peso molecular o fraccionada, para la prevención de la enfermedad tromboembólica, debe ser realizada siempre 6 horas antes de la cirugía programada.

5. Respecto al uso de Sonda nasogástrica, en el postoperatorio de cirugía abdominal, señalar la VERDADERA.

- A. Su uso ha demostrado una mejora de la función intestinal.
- B. Se considera una indicación su colocación para prevenir la posible dehiscencia de anastomosis intestinal.
- C. Su uso no está relacionado con la aparición de posibles complicaciones pleuropulmonares en el postoperatorio.
- D. No se recomienda el uso de sonda nasogástrica.



6. En referencia al abordaje de la hernia inguinal, señale la FALSA.

- A. La hernioplastia inguinal puede ser realizada por vía abierta o laparoscópica.
- B. El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal es superior por simplicidad y costo sobre el abierto en todos los casos.
- C. El abordaje abierto es el enfoque más común y preferido.
- D. La curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico es más largo.

7. En relación a la reparación quirúrgica de la hernia inguinal señale la VERDADERA.

- A. La técnica de Lichtenstein es la recomendada como de primera elección en el tratamiento de la hernia unilateral no complicada.
- B. El uso de mallas protésicas para el tratamiento de la misma, no ha demostrado mejoría en resultados a largo plazo, sobre el cierre primario.
- C. El uso de bragueros es una opción aceptada frente a la cirugía.
- D. Se recomienda operar toda hernia inguinal diagnosticada en el varón, aunque sea asintomática por el riesgo de complicación.

8. La colecistitis es una patología común en nuestra actividad. Señale la FALSA de las siguientes afirmaciones.

- A. El método habitual de diagnóstico de la litiasis biliar es la Ecografía abdominal.
- B. La litiasis biliar sintomática indica al cirujano el ofertar la colecistectomía laparoscópica para su tratamiento.
- C. Todos los pacientes con litiasis biliar deben ser intervenidos, una vez diagnosticados, aunque sea un hallazgo casual.
- D. En pacientes embarazadas, con colecistitis sintomática la colecistectomía laparoscópica puede realizarse de manera efectiva durante cualquier momento del embarazo.



9. El manejo de la colecistitis aguda litiasica en nuestro medio, señalar la FALSA:

- A. La estrategia terapéutica actual se establece en función del grado.
- B. El tratamiento conservador es una opción de primera elección siempre.
- C. La colecistitis grado III con alto riesgo quirúrgico, debe ser tratada inicialmente con drenaje biliar urgente o temprano.
- D. La colecistectomía precoz y la colecistostomía son pilares básicos en el tratamiento.

10. Respecto al tratamiento de la coledocolitiasis, señalar la FALSA.

- A. La Colangio-RMN es la prueba de elección inicial para su diagnóstico.
- B. El abordaje en dos tiempos es similar en resultados al abordaje en un tiempo (rendez-vous) sin embargo parece existir una menor estancia hospitalaria y coste en este último.
- C. El uso del drenaje en T de Kher está indicado siempre es preferible al cierre primario o al cierre sobre prótesis transpapilar, en el caso de una coledocotomía.
- D. Ante la presencia de una colangitis aguda no drenable por CPRE, la exploración quirúrgica de la vía biliar para la evacuación de la litiasis puede ser la mejor opción de tratamiento.

11. Con respecto al tratamiento de la infección de la necrosis pancreática, señalar la FALSA:

- A. La intervención de la necrosis pancreática se indica cuando existe infección documentada o sospechada de la necrosis.
- B. El abordaje escalonado o step-up es el tratamiento estándar actual de las necrosis pancreáticas infectadas.
- C. Siempre es necesario drenaje quirúrgico para el tratamiento de la Necrosis pancreática infectada.
- D. Se realizará colecistectomía siempre que la causa de la pancreatitis aguda necrótica sea biliar.



12. Ante una rotura espontánea de esófago (Síndrome de Boerhaave), señalar la Falsa.

- A. La endoscopia siempre es necesaria para su diagnóstico.
- B. El tratamiento de elección en las primeras 12-24 horas de su diagnóstico es la sutura primaria .
- C. Se aconseja en su tratamiento quirúrgico la realización de una toracotomía para drenaje y desbridamiento amplio del mediastino.
- D. El procedimiento más utilizado pasadas las 24 horas de la perforación, es la exclusión bipolar del esófago.

13. En relación a la Enfermedad por Reflujo gastroesofágico, señalar la Falsa.

- A. El tránsito baritado no debe considerarse en el estudio preoperatorio de Hernia de hiato por deslizamiento.
- B. La endoscopia es la exploración más útil para el diagnóstico de las repercusiones esofágicas del RGE.
- C. La phmetría esofágica de 24 hoas es la mejor exploración para el diagnóstico y confirmación o no de RGE ácido patológico.
- D. Es aconsejable el estudio de la calidad del EEI (esfinter esofágico inferior) mediante la realización de phmetría y manometría previa a la cirugía.

14. El fracaso de la cirugía antirreflujo obliga a plantearse alternativas terapéuticas. VERDADERA de las siguientes afirmaciones.

- A. La exploración más útil para diagnosticar la recidiva del reflujo gastroesofágico, es la phmetría esofágica de 24 horas.
- B. La recidiva de la enfermedad por reflujo puede y debe ser manejada siempre de forma quirúrgica.
- C. La obstrucción esofágica distal es más frecuente en cirugía abierta que laparoscópica.
- D. La migración al tórax de la funduplicatura debe ser diagnosticada mediante TAC como primera elección.



15. Respecto al tratamiento de las complicaciones de la úlcera péptica gastroduodenal, señalar la FALSA.

- A. En la Hemorragia digestiva por úlcera péptica en urgencias, el objetivo debe limitarse a detener la hemorragia, sin añadir gestos para tratar la enfermedad ulcerosa.
- B. Tras sutura simple y tratamiento anti Helicobacter Pilory, la recidiva es menor frente a la vagotomía asociada al cierre de la úlcera.
- C. En todos los pacientes con ulcus gástrico perforado, es recomendable una endoscopia posterior para descartar existencia de neoplasia.
- D. Los resultados de la dilatación endoscópica en el tratamiento de la estenosis pilórica son superiores a la cirugía, por lo que esta última no debe ser indicada.

16. Las complicaciones de la cirugía gástrica son una situación grave. Diga de las siguientes afirmaciones cuál es la FALSA.

- A. La dehiscencia de las anastomosis esofagoyeyunales tras gastrectomía total han disminuido con el uso de suturas mecánicas.
- B. La dehiscencia del muñón duodenal está relacionado más frecuentemente con el fallo del sistema de cierre mecánico.
- C. La pancreatitis postoperatoria puede ocurrir en un 5% de los casos tras la cirugía gástrica.
- D. La estenosis de la anastomosis esofagoyeyunal debe tratarse inicialmente con dilataciones endoscópicas, periódicas

17. En la atención inicial al paciente politraumatizado, señale la FALSA de las siguientes afirmaciones.

- A. La prioridad en la revisión primaria es establecer una vía aérea permeable con control de la columna cervical.
- B. Es necesario una ventilación adecuada.
- C. Es prioritario seguidamente a lo anterior valorar el estado neurológico.
- D. Mantener la circulación, incluyendo función cardiaca y volumen intravascular .



18. De las lesiones traumáticas torácicas, se consideran con riesgo vital inmediato todo, menos una. Señale la FALSA

- A. Obstrucción de la vía aérea.
- B. Neumotórax a tensión.
- C. Taponamiento cardiaco.
- D. Rotura traumática de aorta.

19. La cirugía mínimamente invasiva en pacientes traumatizados tiene su lugar. De las siguientes indicaciones señale la FALSA.

- A. La laparoscopia es una prueba de cribado muy eficaz en el traumatismo abdominal cerrado.
- B. La laparoscopia se aconseja para excluir lesiones diafragmáticas, cuando se prevé tratamiento no operatorio de las lesiones toracoabdominales penetrantes.
- C. El abordaje laparoscópico se utiliza para el tratamiento de las complicaciones postraumáticas localizadas, como los infartos esplénicos o los pseudoquistes.
- D. El uso de aplicadores de fibrina o hemostáticos puede ser realizado por laparoscopia en el caso de fallo del tratamiento conservador del traumatismo hepático.

20. Ante el dolor mamario, señale la FALSA.

- A. Debe realizarse diagnóstico diferencial con afecciones extramamaria que pueden confundir el diagnóstico, siempre.
- B. El tratamiento médico soluciona la mayoría de las mastodinias y mastalgias.
- C. El dolor es una de las causas menos frecuentes de consulta en la clínica de la patología mamaria.
- D. Entre la etiología de las mastalgias, hemos de pensar siempre en la posibilidad de malignidad.



PREGUNTAS DE RESERVA

1 R. Con respecto a la linfadenectomía axilar en el cáncer de mama, señale la falsa.

- A. Su principal papel es terapéutico y de estadiaje en pacientes con axila positiva
- B. Una Indicación absoluta para realizarla es la axila “congelada”.
- C. Debe al menos obtenerse 10 ganglios y comprender los Niveles I y II de Berg.
- D. No existe indicación de disección de la cadena de la mamaria interna en enfermas con afectaciones de cuadrantes externos.

2 R. Respecto a la indicación de BSGC (Biopsia selectiva del ganglio centinela) en el cáncer de mama, señale la Falsa.

- A. Su principal indicación son enfermas con baja probabilidad de afectación, incluidas los carcinomas ductales in situ de alto grado.
- D. El isótopo sólo, sin otra combinación asegura una disminución de la tasa de falsos negativos.
- E. La identificación se ve favorecida en mujeres jóvenes y con tumores localizados en CSE (Cuadrante superoexterno)
- D. La BSGC es más precisa que la linfadenectomía, porque realiza estudio completo del ganglio y permite la detección de micrometástasis.

3 R. En el consenso de definiciones de presión intrabdominal (PIA) hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal, señale la Verdadera.

- A. La PIA debe ser realiza siempre ante cualquier traumatismo abdominal cerrado.
- B. Hipertensión abdominal se define como una PIA mayor a 30 mm de Hg.
- C. El síndrome del compartimento abdominal se define como una PIA > 20 mm de Hg.
- D. Ante una PIA elevada es obligada la comprobación mediante TAC antes de someter al paciente a una laparostomía.

4R. Respecto a las indicaciones de toracotomía de Urgencias, para un paciente “in extremis” se consideran todas menos una. Señale cuál.

- A. Control de hemorragia.
- B. Control de flujo aórtico (clampaje)
- C. Masaje cardiaco interno.
- D. Hemorragia intrabdominal activa para control del flujo esplácnico.

5R. De los tipos de toracotomía de emergencia, señale cuál no es la apropiada.

- A. Anterolateral.
- B. Clamshell.
- C. Esternotomía media.
- D. Posterolateral.



Agencia Pública Sanitaria Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Bolsa de Contratación Temporal para el Personal Facultativo Especialista en todos los centros dependientes de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. BCT FEA's 1903_1404 _ Prueba Competencias Técnicas : Cirugía y Aparato Digestivo.

ESPECIALIDAD: CIRUGIA Y APARATO DIGESTIVO

Número total de preguntas valoradas: 20 + 5 de reserva

1.	D	11	C	1R	B
2.	D	12	A	2R	B
3.	C	13	A	3R	C
4.	D	14	A	4R	D
5.	D	15	B	5R	D
6.	B	16	B		
7.	A	17	C		
8.	C	18	D		
9.	B	19	A		
10.	C	20	C		



Anexo III. INSTANCIA DE ALEGACION

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS	NOMBRE	
ESPECIALIDAD	DNI	ID candidato
TELEFONOS DE CONTACTO	E-mail	

MOTIVO DE ALEGACIÓN:

OTRA CONSIDERACIÓN, por favor indique,

Fdo: _____

Fecha: _____

Copia para la Agencia Sanitaria Poniente



Anexo III. INSTANCIA DE ALEGACION

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS	NOMBRE	
ESPECIALIDAD	DNI	ID candidato
TELEFONOS DE CONTACTO	E-mail	

MOTIVO DE ALEGACIÓN:

OTRA CONSIDERACIÓN, por favor indique,

Fdo: _____

Fecha: _____

Copia el/la candidata/a