

# EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE LA AMBULATORIZACIÓN EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO

Dr. Cristian Pinilla-Gracia<sup>1</sup> / Dr. Carlos Martín-Hernández<sup>2</sup> / Dr. Luis Rodríguez-Nogué<sup>1</sup> / Dr. Alberto Hernández-Fernández<sup>1</sup> / Dr. Jorge Ripalda-Marín<sup>3</sup> / Dr. Ignacio Carbonel-Bueno<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>3</sup> Facultativo especialista de área de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Los autores forman parte del Instituto de investigación sanitaria de Aragón (IIS Aragón)

## RESUMEN

**Objetivos:** Mostrar los resultados clínicos, económicos y de satisfacción en la cirugía artroscópica de hombro realizada en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro hospital en el período de un año.

**Material y métodos:** Durante un año realizamos 125 artroscopias de hombro, de las cuales 28 se llevaron a cabo en CMA. Se valoró el dolor postoperatorio (encuesta telefónica), los resultados funcionales (Escala Constant preoperatoria y a los 12 meses), el grado de satisfacción, indicadores de calidad (tasa de hospitalización y de reingreso) y por último se realizó un análisis económico del proceso.

**Resultados:** No hubo complicaciones ni se precisó el ingreso hospitalario en ninguno de los pacientes, a diferencia de la cirugía convencional que ocasionaba una estancia hospitalaria media de 1,8 días. En términos económicos, valorando el gasto sanitario que conlleva un día de ingreso en nuestro hospital (464,49€) con respecto al acto quirúrgico ambulatorio en CMA (148,85€) obtenemos un ahorro económico por proceso de 687,23 €. La puntuación media en la escala Constant no mostró diferencias y únicamente tres pacientes no volverían a someterse a la cirugía sin ingreso, lo que implica un alto grado de satisfacción.

**Conclusiones:** La CMA en la artroscopia de hombro debe ser una opción a tener en cuenta en pacientes seleccionados, ya que permite unos resultados funcionales y una tasa de complicaciones similares a la cirugía convencional disminuyendo la lista de espera quirúrgica además de reducir la estancia hospitalaria y el gasto sanitario con un alto índice de satisfacción.

## PALABRAS CLAVE

cirugía ambulatoria; artroscopia; hombro

## ABSTRACT

**Objetives:** To show the clinical, economic and satisfaction results in arthroscopic shoulder surgery performed in the Major Ambulatory Surgery (MAS) in our hospital in the period of one year.

**Material and method:** During one year we performed 125 shoulder arthroscopies, of them 28 were carried out in MAS. Post-operative pain (telephone survey), functional results (Constant scale preoperative and at 12 months), patient satisfaction, quality measures (hospitalization and re-entry rate) will be assessed and finally an economic analysis of the process was carried out.

**Results:** There were no complications and hospital re-entry was not required in any of the patients, while conventional surgery resulted in an average hospital stay of 1.8 days. In economic terms, the daily costs in our hospital is 464.49€ and an outpatient surgery in MAS 148.85€, so we obtain economic savings by 687.23€. The Constant score showed no differences and only three patients would not undergo surgery without admission, which implies a high degree of satisfaction.

**Conclusions:** The MAS in shoulder arthroscopy should be an option in selected patients, because it shows a functional result and a complication rate similar to conventional surgery. The MAS reduces hospital stay and reduces health spending with a high satisfaction index.

## KEYWORDS

ambulatory surgery; arthroscopy; shoulder.

## INTRODUCCIÓN

Los orígenes de la artroscopia parecen remontarse al año 1918 cuando el Dr. K. Takagi de la Universidad de Tokio, utilizó un cistoscopio con el que observó el interior de la rodilla de un cadáver, pero no sería hasta la década de los setenta cuando se dieran a conocer y a evolucionar en nuestro país, inicialmente en el tratamiento de patologías de la rodilla, luego del hombro y posteriormente como una eficaz solución terapéutica en todas las articulaciones del sistema musculoesquelético<sup>1</sup>. El crecimiento ha sido exponencial en los últimos años, especialmente en articulaciones como el hombro, donde se ha pasado de realizar 33 artroscopias anuales de media por centro en España en el año 2000, a 118 anuales por centro en 2014<sup>2</sup>, explicado todo ello por un desarrollo del material quirúrgico, un mejor conocimiento de la patología glenohumeral y a una mayor especialización del cirujano ortopédico.

Existe pues, una alta prevalencia de patología glenohumeral susceptible de tratamiento artroscópico, lo que explica una importante demora quirúrgica, así como un elevado gasto sanitario. Este problema nos plantea la búsqueda de nuevas modalidades como la cirugía mayor ambulatoria (CMA), entendida como una estrategia costo-efectiva comparada con la cirugía convencional, que nos permite resolver un procedimiento quirúrgico sin la necesidad de ingreso hospitalario y todo ello sin comprometer la seguridad del paciente ni la calidad de la atención ofrecida.

Este concepto de CMA está ganando importancia en la cirugía programada a nivel mundial, y la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología es uno de sus máximos exponentes. Hoy en día, los procedimientos ambulatorios son cada vez más numerosos en el tratamiento quirúrgico electivo, conforme se han ido extendiendo los criterios de selección del paciente y del procedimiento. La disminución de los costes sanitarios, la eficacia en la asistencia y la satisfacción del paciente son factores importantes que han permitido que se incremente su popularidad, al suponer un ahorro económico respecto a la cirugía con ingreso convencional y una modalidad de seguridad contrastada

que no compromete la calidad asistencial. Sin embargo, estas potenciales ventajas desaparecen cuando los pacientes precisan un ingreso hospitalario o la asistencia en el servicio de urgencias debido a complicaciones, por lo que para llevar a cabo con éxito esta modalidad quirúrgica, deberemos disponer de unos adecuados criterios de selección de pacientes y de la patología a tratar, así como de tener a nuestra disposición un ordenado sistema organizativo multidisciplinar que aporte al paciente un adecuado control postoperatorio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo en el que la población a estudio la componen los pacientes intervenidos de patología glenohumeral en los que se ha realizado una artroscopia de hombro de forma ambulatoria (n = 28). La totalidad de los pacientes fueron intervenidos en el Hospital Universitario Miguel Servet, de forma programada entre septiembre de 2016 y septiembre de 2017, por dos cirujanos de la unidad de Hombro y Codo y en régimen de CMA.

No todos los pacientes con indicación de artroscopia de hombro pueden ser intervenidos en régimen ambulatorio, motivo por el cual se diseñó un protocolo para la mejor selección de pacientes, que pueda garantizar un postoperatorio seguro y sin ingreso.

## PROTOCOLO

En consulta se valora a los pacientes con patología glenohumeral e indicación de cirugía artroscópica de hombro subsidiarios de ser intervenidos en régimen ambulatorio. Los criterios de inclusión que deben cumplir los pacientes son los siguientes: puntuación < III en la clasificación de American Society of Anesthesiologists (ASA), edad ≤ 65 años, no anticoagulación oral, cognición preservada y adecuado apoyo domiciliario. Las patologías aceptadas para el tratamiento artroscópico en CMA son, el síndrome subacromial, tendinitis calcificante con fracaso del tratamiento conservador durante 6 meses, inestabilidad glenohumeral unidireccional y pequeñas roturas del manguito rotador (< 1cm) (Tabla 1).

# Originales

Edad < 65 años
ASA < III
Ausencia de anticoagulación oral
Cognición preservada
Apoyo domiciliario adecuado
Patología glenohumeral subsidiaria de tratamiento artroscópico
Síndrome subacromial (tratamiento conservador > 6m)
Tendinitis calcificante (tratamiento conservador > 6m)
Inestabilidad recidivante glenohumeral unidireccional
Rotura manguito rotador (< 1cm)

Tabla 1. Criterios de inclusión cirugía artroscópica de hombro en CMA

El paciente recibe una cuidadosa y completa información tanto del proceso que se le va a realizar como de los cuidados postoperatorios inmediatos. Todo ello complementado con una hoja informativa en la visita preoperatoria sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico que se le va a realizar y otro documento escrito al alta hospitalaria, centrado en los cuidados postoperatorios.

La cirugía se realiza de forma protocolizada, siendo un proceso en el que interviene un equipo multidisciplinar formado por el servicio de anestesia, la unidad de enfermería y el equipo de traumatología.

El procedimiento anestésico empleado es un bloqueo interescalénico asociado a una anestesia general balanceada ligera o sedación. Tras la cirugía, se administra la primera dosis de analgesia intravenosa (i.v.) (paracetamol 1 g y dexketoprofeno 50 mg) junto con una dosis i.v. de omeprazol 40 mg. A continuación, el paciente pasará a la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), donde se realizará una monitorización de las constantes y un estrecho control analgésico postoperatorio. El alta hospitalaria, se llevará a cabo cuando el paciente obtenga  $\geq 18$  puntos en la escala modificada de Aldrete<sup>3</sup> (Tabla 2). Al alta el paciente recibirá: informe médico de alta, hoja de consulta para rehabilitación, explicación de los ejercicios de Codmann y citación en una semana con la unidad de Hombro. Utilizamos un protocolo analgésico domiciliario multimodal basado en paracetamol 1000 mg 1 comprimido cada 8 horas alternado con dexketoprofeno 25 mg 1 comprimido cada 8 horas asociado o no a gastroprotección,

y dejando tramadol 50 mg 1 comprimido cada 8 horas como rescate para el dolor incoercible.

Tras el alta hospitalaria, a las 24 horas de la intervención el paciente recibirá por parte de la enfermería de la UCSI una llamada telefónica, para completar un cuestionario protocolizado centrado en el postoperatorio inmediato, en el que se preguntará al paciente sobre la intensidad del dolor y la posible aparición de eventuales complicaciones. En esta llamada telefónica, también se refuerza la información que recibe el paciente al alta, ya que en muchas ocasiones los pacientes refieren no recordarlas o tener dudas, aun cuando la información se transmita en formato escrito y oral.

Como parte del estudio recogeremos datos epidemiológicos como la edad y sexo, así como la clasificación ASA de cada uno de los pacientes. Valoraremos la tasa de ambulatorización en nuestro centro para la cirugía artroscópica de hombro, entendiendo dicho concepto como proporción de artroscopias de hombro ambulatorias sobre el total de las mismas (ambulatorias y hospitalizadas), lo que nos permite valorar el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica de nuestro hospital.

La valoración funcional del paciente, se realizará a través del test de Constant-Murrey, evaluado preoperatoriamente y a los 6 meses post-cirugía. También evaluaremos el tiempo quirúrgico medio y el tiempo pre-alta domiciliaria (tiempo de estancia en el circuito de CMA desde la llegada hasta el alta). En la llamada protocolizada a las 24 horas, recogeremos la información relativa al dolor postoperatorio, utilizando la escala categórica (nada, poco, bas-

# Originales

<b>ACTIVIDAD</b>	
Capacidad para mover las cuatro extremidades voluntariamente o por requerimiento	2
Capacidad para mover las dos extremidades voluntariamente o por requerimiento	1
Incapacidad para mover las extremidades voluntariamente o por requerimiento	0
<b>RESPIRACIÓN</b>	
Capacidad para inspirar aire profundamente y para toser	2
Disnea, taquipnea o respiración limitada	1
Apnea o necesidad de ventilación mecánica	0
<b>CIRCULACIÓN</b>	
Presión arterial $\pm 20\%$ nivel preanestésico	2
Presión arterial $\pm 20-49\%$ nivel preanestésico	1
Presión arterial $\pm 50\%$ nivel preanestésico	0
<b>NIVEL DE CONCIENCIA</b>	
Plenamente consciente	2
Despierta al estímulo	1
Sin respuesta	0
<b>SATURACIÓN OXÍGENO</b>	
Mantenimiento saturación de oxígeno $>92\%$ con aire ambiente	2
Necesidad administrar oxígeno para mantener saturación $>90\%$	1
Saturación de oxígeno $<90\%$ incluso con oxígeno suplementario	0
<b>APÓSITO QUIRÚRGICO</b>	
Seco y limpio	2
Discreto manchado hemático que no aumenta	1
Manchado hemático en aumento	0
<b>DOLOR</b>	
Ausencia de dolor	2
Dolor controlado con analgesia oral	1
Dolor intenso con necesidad de analgesia intravenosa	0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
Bipedestación y deambulación preservada	2
Sensación de vértigo en bipedestación	1
Mareos en decubito supino	0
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Capacidad para beber líquidos	2
Nauseas	1
Nauseas y vómitos	0
<b>MICCIÓN</b>	
Se realiza micción espontánea	2
Incapacidad para micción, pero cómodo	1
Incapacidad para micción, pero incomo	0
El paciente debe sumar $\geq 18$ puntos para el alta hospitalaria	

Tabla 2. Criterios modificados de Aldrete para el alta hospitalaria<sup>3</sup>

# Originales

tante, mucho), que consideramos fácil de interpretar y calificar por el paciente en una llamada telefónica.

Para objetivar la satisfacción del paciente se preguntará si volvería a someterse a la cirugía artroscópica de hombro (sí/no), y en caso afirmativo, si volvería a hacerlo de forma ambulatoria (sí/no).

Evidenciaremos la calidad del proceso, estudiando la tasa de hospitalización (número de pacientes programados como CMA, que no son dados de alta en el día y causan estancia hospitalaria) y la tasa de reingreso (número de pacientes intervenidos en CMA, que tras cursar alta sin necesidad de pernocta, en el postoperatorio precisan de hospitalización en relación a la cirugía).

Para finalizar, realizaremos un análisis económico valorando el ahorro potencial en nuestro centro hospitalario de la ambulatorización de la cirugía artroscópica de hombro.

## RESULTADOS

Durante el año a estudio, se realizaron en nuestro centro 125 artroscopias de hombro, de las cuales 28 se llevaron a cabo de forma ambulatoria, lo que nos da una tasa de ambulatorización para la artroscopia de hombro del 22,4%. Desglosando en patologías, 14 casos correspondían a inestabilidades glenohumorales, 8 casos a síndromes subacromiales y los 6 casos restantes a roturas de manguito rotador. De los 28 casos del estudio, el 35,7% eran varones (n=10) y el 64,3% mujeres (n=18), con una edad media de 40,6 años (19-65). Respecto al riesgo quirúrgico, el 32,1% eran ASA I (n=9) y el 67,9% ASA II (n=19). El tiempo quirúrgico medio fue de 53,7 minutos (41-78) y el tiempo pre-alta domiciliar fue de 5,6 horas (4,1-6,8). La media de los resultados funcionales a los 12 meses post-cirugía en la escala Constant fue comparable entre los pacientes intervenidos en CMA (84,3 puntos) y los pacientes con ingreso (79,8 puntos), sin encontrar diferencias significativas en el análisis estadístico (p=0,174).

En la encuesta telefónica, 3 pacientes refirieron ausencia de dolor, 6 calificaron tener poco dolor, 15 bastante dolor, aunque controlable y en 4 casos el dolor era elevado y precisa-

ron de rescate.

Consideramos un alto grado de satisfacción en nuestros pacientes, ya que la totalidad de los mismos volvería a someterse a la cirugía artroscópica de hombro, y únicamente tres no lo harían de forma ambulatoria.

La artroscopia de hombro llevada a cabo en CMA no precisa ingreso hospitalario, en contraposición a aquellas realizadas de forma convencional, que generan en nuestro centro una estancia hospitalaria media de 1,8 días, por lo que en términos económicos, valorando el gasto sanitario que conlleva un día de ingreso en nuestro hospital (464,49 €) con respecto a un acto quirúrgico ambulatorio en CMA (148,85 €) obtenemos un ahorro económico por proceso de 687,23 €, lo que supondrá en el cómputo anual a estudio un ahorro de 19.242,44 € y un ahorro relativo por proceso del 82,2%.

La tasa de hospitalización y de reingreso fue del 0%, ya que no fue necesario ninguna hospitalización o ingreso no deseado. Tampoco se presentaron complicaciones importantes en relación con la cirugía.

## DISCUSIÓN

Nuestro centro presenta una tasa de ambulatorización para la cirugía artroscópica de hombro del 22,4%, similar al 28% mostrado en Francia en el trabajo de Hulet et al<sup>4</sup>, pero todavía lejos del 50% referido en otros estudios (2,5), por lo que nos encontramos en plena fase de implementación de la realización de pacientes seleccionados de forma ambulatoria.

La aparición del dolor postoperatorio es una de las principales complicaciones que pueden comprometer el éxito del modelo ambulatorio en la artroscopia de hombro<sup>6</sup>, por lo que consideramos dos pilares fundamentales para minimizarlo al máximo. El primero, la utilización del bloqueo interescalénico por parte del servicio de anestesia ya que proporciona una anestesia y analgesia postoperatoria excelente con un bajo nivel de complicaciones<sup>7,8</sup>. El segundo, la correcta utilización de un protocolo de analgesia multimodal, que nos permita un adecuado control del dolor con la utilización de fármacos sinérgicos y que nos permita evitar la utilización de opiáceos y sus eventuales complicaciones<sup>9-11</sup>.

# Originales

Nuestra tasa de hospitalización y reingreso del 0% viene explicada por nuestro bajo tamaño muestral, pero también evidencia unos adecuados criterios de selección, que se han observado también en estudios previos con mayores tamaños muestrales, que presentan tasas de hospitalización (0,14%-0,06%) y de reingreso (0,06-0,07%) muy bajas<sup>12,13</sup>. Goldfarb en su revisión sistemática sitúa la edad, el tiempo quirúrgico y un ASA  $\geq$  III como factores de riesgo para la hospitalización en un paciente sometido a una cirugía ambulatoria<sup>14</sup>.

Hemos obtenido un ahorro por cirugía de 687,23 €, lo que supone un ahorro relativo por proceso del 82,2%. La bibliografía actual sitúa el ahorro medio de la CMA respecto a la cirugía convencional en torno al 30-80%, aunque el estudio publicado por el gobierno de Estados Unidos en 2016, presentaba un ahorro del 84% respecto a la cirugía con ingreso con una estimación de ahorro de 60-80 millones de euros anuales gracias a la cirugía ambulatoria<sup>15</sup>.

En conclusión, la cirugía artroscópica de hombro ambulatoria aporta unos resultados funcionales comparables a la cirugía convencional con un alto grado de satisfacción y una baja tasa de complicaciones, lo que la convierte en un modelo de gestión costo-efectivo, siempre y cuando se lleve a cabo una adecuada selección de los pacientes y patología a tratar y se disponga de un protocolo estandarizado que sea llevado a cabo por un formado equipo multidisciplinar.

## BIBLIOGRAFÍA

# Originales

1. Jackson RW. A history of arthroscopy. *Arthroscopy*. 2010;26:91-103.
2. Deza, J. P., Ibán, M. R., Navlet, M. G., Lafuente, J. Á., Gutiérrez, R. C., & Díaz, A. C. (2017). Epidemiología de los procedimientos artroscópicos en España. Resultados de la encuesta de actividad artroscópica de 2014. *Rev Esp Artrosc Cir Articul*, 24(Supl 1), 25-37.
3. Aldrete JA. The Post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth* 1995;7: 89-91.
4. Hulet, C., Rochcongar, G., & Court, C. (2017). Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 103(1), S83-S90.
5. Jain NB, Higgins LD, Losina E, et al. Epidemiology of musculoskeletal upper extremity ambulatory surgery in the United States. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15(1):4.
6. Warrender WJ, Syed UAM, Hammoud S, et al. Pain management after outpatient shoulder arthroscopy: A systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med* 2017;45(7):1676-86.
7. Fontana C, Di Donato A, Di Giacomo G, et al. Postoperative analgesia for arthroscopic shoulder surgery: A prospective randomized controlled study of intraarticular, subacromial injection, interscalenic brachial plexus block and intraarticular plus subacromial injection efficacy. *Eur J Anaesthesiol* 2009;26 (8):689-93.
8. Hughes MS, Matava MJ, Wright RW, Brophy RH, Smith MV. Interscalene brachial plexus block for arthroscopic shoulder surgery: A systematic review. *J Bone Joint Surg Am* 2013;95(14):1318-24.
9. Elkassabany, N. M., Wang, A., Ochroch, J., Mattera, M., Liu, J., & Kuntz, A. (2018). Improved Quality of Recovery from Ambulatory Shoulder Surgery After Implementation of a Multimodal Perioperative Pain Management Protocol. *Pain Medicine*; 2018; 1-8.
10. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2012;116(2):248-73.
11. Jo CH, Shin JS, Huh J. Multimodal analgesia for arthroscopic rotator cuff repair: A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2014;24(3):315-22.
12. Martín-Ferrero MA, Faour-Martín O, Simon-Perez C, Pérez-Herrero M, de Pedro- Moro JA. Ambulatory surgery in orthopedics: experience of over 10,000 patients. *J Orthop Sci*. 2014 Mar;19(2):332-8. Epub 2014 Jan 7.
13. Goyal KS, Jain S, Buterbaugh GA, Imbriglia JE. The safety of hand and upper-extremity surgical procedures at a freestanding ambulatory surgery center: a review of 28,737 cases. *J Bone Joint Surg Am*. 2016;98(8):700-704.
14. Goldfarb, C. A., Bansal, A., & Brophy, R. H. Ambulatory surgical centers: a review of complications and adverse events. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 2017; 25, 12-22.
15. Medicare: Payment for Ambulatory Surgical Centers Should Be Based on the Hospital Outpatient Payment System [Internet]. Washington, DC 20548: United States Government Accountability Office; 2006 Nov. Report No.: GAO-07-86. [http:// www.gao.gov/products/GAO-07-86#](http://www.gao.gov/products/GAO-07-86#) Accessed September 20, 2016.



# ASTEDE

GRUPO DE EMPRESAS

En el grupo de  
empresas ASTEDE,  
gestionamos sus  
asuntos fiscales,  
contables, laborales  
y jurídicos, con la  
máxima eficacia.

**976 216 417**



**Le tendemos todo nuestro apoyo.**

Somos un grupo de empresas constituidas hace más de 35 años, dedicadas a la creación, organización, mantenimiento, compra, venta, dirección de empresas y auditoría.

Contamos con un equipo seleccionado entre los mejores profesionales del sector, en continuo proceso de formación, actualizados con los nuevos registros legales y las últimas tecnologías.

Nuestro holding de empresas está formado por:

ASTEDE · ASESORÍA TÉCNICA DE EMPRESAS, S.L.

ASTEDE · CONSULTORES, S.L.P.

ASTEDE · INVERSIONES, S.L.

ASTEDE · VICTRIX SEGUROS, S.L.

## CONSULTORES

- Valoración de empresas.
- Asesoramiento en fusiones y adquisiciones de empresas.
- Gestiones de patrimonios familiares.
- Asesoramiento para grandes patrimonios o cartera discrecionales.
- Análisis económico y de mercado.
- Viabilidad económica y presupuestaria de infraestructuras y proyectos de inversión.
- Compra y venta de empresas.
- Derecho concursal.
- Auditorías.



## SOCIEDADES

Constitución, gestión y disolución de todo tipo de sociedades.



## ASESORÍA

Fiscal, Laboral, Jurídica.



## EMPRESARIOS Y PROFESIONALES INDIVIDUALES

- Confección y/o revisión de libros.
- Preparación de impuestos y envío de los mismos a la AEAT.
- Coherencia de libros con la información.



## FUNDACIONES

Constitución, gestión y disolución.

## INVERSIONES

- Planificación de inversiones financieras y inmobiliarias.
- Inmobiliaria.
- Financiera.

## IMPUESTO DE SUCESIONES Y DONACIONES GESTION COMPLETA:

Recepción de documentos.  
Notario.  
Liquidación impuestos DGA.

Plusvalía ayuntamiento.  
Registros de la propiedad.  
Catastro y demas gestiones.

**Condiciones Especiales para colegiados y familiares del Ilustre Colegio Medico de Teruel.**