

Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial

M. Fernández Pérez*, MM. López Benito**, A. Franco Vidal***

*Pediatra. CS La Felguera. Asturias.

**Pediatra. CS Contrueces. Asturias.

***Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Técnico de Salud del Área VIII. Asturias.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 (17): 133-144

Resumen

La resolución de patologías mediante procedimientos que implican un empleo racional de los Servicios Básicos Hospitalarios desde las consultas del pediatra de Atención Primaria es una práctica cada día más frecuente, si bien no está protocolizada en la oferta que las distintas Administraciones Sanitarias ofrecen al usuario, en nuestro caso los niños.

Actualmente éstas incluyen en sus objetivos prioritarios la resolución desde la Atención Especializada en las Consultas Externas mediante las Consultas de Alta Resolución.

Desde la Atención Primaria se observa que en las consultas pediátricas se llevan a cabo diariamente actuaciones en ese sentido, sin que en los distintos niveles asistenciales exista consenso sobre el procedimiento idóneo para su realización.

En este artículo se exponen las bases para llevar a cabo dichos procedimientos de Alta Resolución desde la pediatría de Atención Primaria, así como una comparación entre los modelos de resolución: el tradicional y el propuesto de Alta Resolución desde la Atención Primaria.

Palabras clave: Consulta de Alta Resolución, Pediatría, Atención Primaria, Eficiencia, Calidad de la atención de salud.

Abstract

The resolution of pathologies using procedures that imply a rational use of the Basics Hospital Services from Pediatric Primary Health Care is a practice every more frequent day, although it is not standardized in the supply that the different Health Care Services offer to the user, in our case the children.

At the moment these Services include in their priority targets the resolution from Out-patient Services (Policlinics) by means of High-Resolution Clinics.

From the Pediatric Primary Health Care, it is observed daily performances in that sense, although there is not consensus in the suitable procedure at different welfare Health Care for its accomplishment.

In this article bases to carry out these procedures of High-Resolution from Pediatric Primary Health Care are exposed, as well as a comparison among two resolution models: traditional by Polyclinics and proposed of High-Resolution or one-stop clinic from Primary Health Care.

Key words: Pediatrics, High-Resolution, One-Stop, Primary Health Care, Efficiency, Quality of health care.

Introducción

Una Consulta de Alta Resolución (CAR) es aquella en la que se procede al diagnóstico y al tratamiento más oportuno en un tiempo óptimo. No implica por sí misma la atención urgente al niño, sino la priorización de un camino de resolución adecuado para cada patología o problema médico según el caso concreto. Desde la Atención Primaria (AP) el Pediatra (PAP) lleva a cabo procedimientos que suponen el empleo de los Servicios Básicos del Hospital (SBH) con el fin de resolver en el menor tiempo posible el diagnóstico del niño y con ello establecer el tratamiento más adecuado para la resolución del problema, sin que por ello el niño precise otra derivación que no sea la realización de pruebas por los SBH, sin requerir de hospitalización ni atención en los de por sí sobrecargados Servicios de Urgencias ni de las Consultas Externas de Pediatría de la Atención Especializada (AE)¹.

Patologías "candidatas"

Los procesos más habituales en la práctica diaria son las enfermedades infecciosas; de los más comunes son el diagnóstico y tratamiento de las neumonías. Con frecuencia la aparición de fiebre sin foco aparente en las primeras horas es motivo de estudios complementarios y la sospecha de infección urinaria siempre requiere un diagnóstico concreto. En el estudio de la etiología de un niño con vómitos y/o reflujo se puede precisar la rápida evaluación de exámenes complementarios, al igual que sucede con el dolor abdominal agudo de corta evolución. La patología neurológica más común con que nos encontramos, las cefaleas y la epilepsia, son también susceptibles de este procedimiento.

La etiología de bultos y masas en un niño clínicamente estable también es susceptible de evaluar en un corto período de tiempo.

La lista puede ser más exhaustiva, si bien hemos citado las causas que con

mayor frecuencia encontramos en las consultas del PAP.

Las pruebas que habitualmente se precisan para estos estudios complementarios, en orden de complejidad son: toma de muestras biológicas para bacteriología (exudados, orina, serología), hemograma, pruebas bioquímicas básicas y otras mas específicas (aprovechando la extracción sanguínea con el fin de no tener que recurrir a una segunda toma tras una primera evaluación), radiología simple, ecografía, TAC y RMN según su disponibilidad, EEG y en ocasiones punción aspiración con aguja fina para el estudio patológico posterior.

En otras ocasiones se precisa la valoración por médicos especialistas no pediatras (oftalmólogo, otorrinolaringólogo, ginecólogo, traumatólogo...) junto a determinadas pruebas o específicamente.

Camino a seguir

En un niño o adolescente que por su edad o por su situación clínica no sea candidato a la hospitalización, una vez ha sido realizada la adecuada anamnesis y el examen físico detallado y planteada la sospecha diagnóstica inicial de una patología relevante que precisa la realización de pruebas complementarias o la consulta con otra especialidad, las muestras biológicas son tomadas en la

misma consulta por la enfermera y el pediatra en el momento. Según la disponibilidad y la hora dichas muestras serán enviadas a los SBH por el propio Centro o bien por la familia del niño con el sello de "urgente" para su realización en el día. La realización de estudios radiológicos básicos se lleva a cabo también en formato específico con el sello de "urgente" y estudios menos frecuentes son pactados telefónicamente con el servicio de radiología para su realización en el día o en los días posteriores según el proceso. Los estudios patológicos que precisan la toma de muestra mediante punción-aspiración también son pactados con el servicio de anatomía patológica para su realización en el mismo día o en días siguientes.

Ante la falta de procedimiento formal o protocolo entre los SBH, el Hospital de referencia y el Centro de Salud, es frecuente la petición personal profesional a profesional para realizar algunas de estas pruebas o interconsultas con otras especialidades, encontrando habitualmente una adecuada disponibilidad para su realización.

Podemos apreciar gráficamente este camino en la Figura 1 para darnos cuenta de la reducción de demoras innecesarias que éste procedimiento supone en el proceso diario de la resolución de pa-

Figura 1. Caminos que recorre el usuario en las Consultas de Alta Resolución y en las derivaciones hospitalarias. AP: Atención Primaria, AE: Atención Especializada, SBH: Servicios Básicos Hospitalarios.

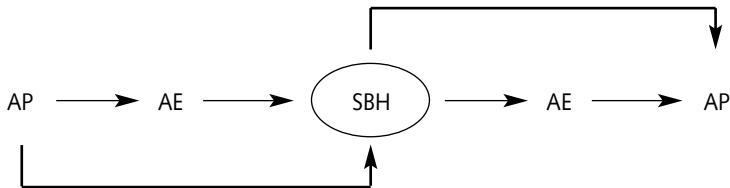
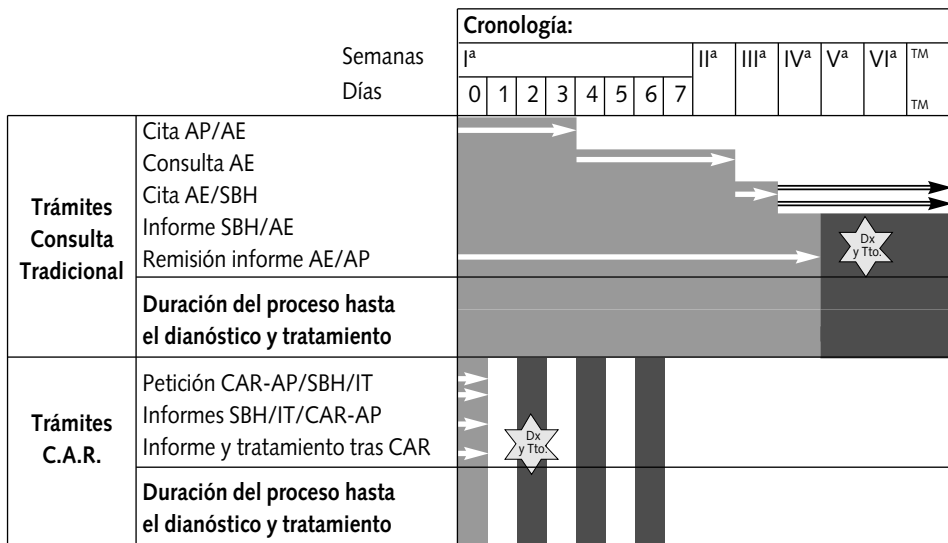


Figura 2. Tiempos reales que emplea el usuario en las consultas desde Atención Primaria según los dos modelos de derivación. AP: Atención Primaria, AE: Atención Especializada, CAR: Consultas de Alta Resolución, SBH: Servicios Básicos Hospitalarios, IT: Interconsulta con especialidades. La cronología se expresa de modo acumulativo. Los tiempos en cuadrícula pueden ser habituales.



tologías sin que por ello merme la calidad asistencial, más bien al contrario.

Un niño valorado a primera hora de la mañana (antes de las 11-12 horas) que precise hemograma, bioquímica básica y radiología básica o ecografía, puede ser diagnosticado en un período de tiempo de 2-3 horas máximo (desde que acude a consulta hasta que se pauta el tratamiento nuevamente en consulta), de manera que antes de las 14-15 horas tendremos el diagnóstico y tratamiento oportunos con mucha frecuencia. En la Figura 2 podemos apreciar este proceso en tiempos reales con el fin de poder establecer comparación con el modelo tradicional. Si bien la mayoría de las pruebas se pueden llevar a cabo en el día, ya que es habitual disponer de los informes por la familia o vía fax desde los SBH (en el futuro inmediato vía informática en tiempo real), en otras ocasiones sus resultados tardan pocos días (bacteriología básica, determinaciones bioquímicas no urgentes, informes citológicos, informes radiológicos, etc..) de modo que disponemos de este tipo de resultados con un rango que raramente supera la primera semana.

Obstáculos más frecuentes y soluciones alternarivas

La iniciativa del PAP con frecuencia sorprende a determinados SBH, que tie-

nen muy arraigados los procedimientos habituales y pueden ser reacios a vencer la rutina para abrir nuevos "caminos" en su quehacer diario.

No está protocolizado el modo de llevar a cabo la alta resolución desde la AP en la coordinación AP-AE, como tampoco lo está el catálogo de pruebas disponibles para su realización en éste ámbito.

También se pueden encontrar recelos por parte de la pediatría hospitalaria, que puede ver intromisión en su medio y en sus hipotéticos pacientes en un momento de escasa natalidad.

Resulta paradójico contemplar cómo el PAP atiende cada vez con mayor frecuencia los Servicios de Urgencia de los hospitales, así como su hospitalización durante la realización de las guardias, y en este medio no se le pone limitación alguna para el acceso a cualquier procedimiento o prueba diagnóstica (es el *especialista* de cualquier especialidad pediátrica) mientras que el mismo PAP puede recibir en su consulta diaria las siguientes respuestas en el curso del estudio de un paciente: "el EEG, la RMN o el TAC debe de ser cursado desde la consulta de neuropediatría", "la ecografía genital que nos solicita solo pude ser solicitada por un *especialista*".

Por parte del PAP pueden existir problemas en cuanto a la falta de motivación, en parte condicionada por una elevada presión asistencial y en otras ocasiones por realizar su consulta en horarios de tarde, ya que la jornada matinal es idónea para estos procedimientos, al coincidir con el funcionamiento de los SBH.

Qué duda cabe que la accesibilidad puede limitar estas prácticas en el caso de grandes distancias o limitaciones para el transporte.

Es importante la disposición de la familia, debiendo ser considerada su opinión para llevar a cabo este proceso, puesto que en ocasiones puede no ser de su elección.

La alternativa que planteamos pasa necesariamente por la "protocolización" de dichas actividades desde la consulta del PAP al hospital, de modo que se establezcan itinerarios diferenciados que permitan, mediante una denominación específica (no necesariamente de "urgencia") facilitar la realización de las pruebas o de las interconsultas como si se hubiesen generado en el propio hospital, con la particularidad del envío de los resultados al PAP por una vía preferiblemente administrativa en tiempo real. La limitación horaria del funcionamiento de los SBH podría ser motivo de valoración si dichas consultas, en relación con

el actual funcionamiento de los Centros de Salud, se llevan acabo también en horario distinto al matinal.

Comparación ente dos modelos de resolución: la derivación al hospital o la alta resolución desde la Atención Primaria

Hasta ahora hemos hecho referencia a dos aspectos: el "camino" o itinerario que sigue el usuario y el tiempo que emplea en su realización. Pero son más los aspectos que entran en consideración y que juegan a favor de ésta metodología (Tabla I).

La satisfacción del PAP, quién promueve la resolución por este procedimiento, es comparable a la del pediatra hospitalario cuando resuelve los problemas. La satisfacción del usuario, en nuestro caso las familias de los niños con patología relevante, que ven como en escasas horas o pocos días en otros casos y sin realizar diferentes visitas al hospital se establece un plan terapéutico basado en pruebas diagnósticas concluyentes, es mayor que cuando el paciente y su familia circulan por el hospital varios días por los SBH tras haber esperado para una primera consulta y haber precisado cita en diversas ocasiones o cuando sin pasar por los habituales servicios de urgencias su problema que-

Tabla I. Comparación entre dos modelos de resolución desde la Atención Primaria: la clásica derivación hospitalaria y la alta resolución

	Derivación al Hospital	Consulta de Alta Resolución en AP
Efectividad	++++	++++
Posibilidad de uso de procesos estandarizados	++++	++++
Adecuación/oportunidad	++	++++
Accesibilidad	++	++++
Aceptabilidad	++	++++
Continuidad	+	++++
Yatrogenia	++++	++
Seguimiento	+	++++
Satisfacción del usuario	++	++++
Satisfacción profesional	++++	++++
Consumo de tiempo para el paciente	++++	++
Consumo de recursos	++++	++
Personal necesario	++++	++
Eficiencia	++	++++

da igualmente resuelto y en un tiempo igual o menor por su pediatra habitual. Tanto la adecuación u oportunidad pesan a favor al estar la resolución en su mismo medio y por su consulta habitual. La accesibilidad suele ser fácil a los hospitales de referencia, si bien pueden existir puntualmente problemas de transporte. Los usuarios aceptan de muy buen grado esta metodología y además la continuidad y el seguimiento con la asistencia está garantizada. Tanto en el medio hospitalario como en AP la resolución puede llevarse con éxito, de ahí que no existan diferencias en cuanto a la efectividad, mientras que al haber empleado menos recursos (materiales y

humanos) las CAR resultan muy eficientes. Un aspecto muy relevante lo constituye la menor yatrogenia, ya que no deberían de producirse la duplicación de actos clínicos (con la consiguiente ineficiencia que trae consigo)² o la hospitalización innecesaria³. Planteado en términos de la posibilidad de llevar a cabo procesos estandarizados no deberían existir diferencias, puesto que el empleo de guías de práctica clínica (GPC) basadas en las mejores evidencias se hace en ambos niveles asistenciales, además si en algún momento se establecen vías clínicas^{4,5} entre ambos niveles cada uno tendrá su parcela de actuación en tiempo y forma.

Discusión y comentarios

En nuestro país, la capacidad resolutoria del PAP ha sido evaluada recientemente en un Estudio Prospectivo Delphi sobre el Futuro de la Pediatría Española⁶, existiendo consenso y mayoría en quienes se postulan a su favor, pronunciándose además por la ampliación del catálogo de pruebas a su disposición, junto con el empleo de GPC. En dicho informe se consigue la unanimidad y el consenso para el trabajo y coordinación entre los pediatras de ambos niveles asistenciales.

El catálogo de pruebas a disposición del pediatra para llevar a cabo las CAR puede, en ocasiones, verse limitado sin que existan evidencias para ello. No es un hecho aislado, es un hecho común en la medicina de AP y ampliamente demandado también por los médicos generales y de familia^{7,8}, sin que ello implique que una mayor disponibilidad de pruebas facilite la práctica de la alta resolución. En sí misma la metodología es tanto o más que el abanico de medios a nuestra disposición.

En la Guía de Gestión de Consultas de la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD⁹ se define la CAR como una "primera o sucesiva en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias

y en consecuencia éste recibe diagnóstico y orientación terapéutica", centrando dicha actividad en la consulta externa del hospital y relegando a la AP en el sentido de que "el proceso ambulatorio en consultas externas debe estar orientado a la máxima resolución de ésta, primando el estudio y tratamiento iniciales del paciente, potenciando el seguimiento evolutivo por su médico de AP". El planteamiento general de las CAR toma como punto de partida el hospital y en concreto las consultas externas, tanto en el funcionamiento reciente, a corto plazo y en el diseño de nuevos hospitales¹⁰⁻¹⁶. Sobre este contexto existen iniciativas desde la AE que tienden a facilitar las consultas puntuales a la AP¹⁷ con el fin de "asesorar y tomar decisiones clínicas o agilizar derivaciones de carácter urgente o de alta resolución". Con frecuencia se equipara alta resolución a mayor tecnología^{16,18} o mayor disponibilidad de medios diagnósticos, lo que no siempre es así, puesto que lo que el PAP pretende no es tanto un amplio catálogo de pruebas a su disposición sino una capacidad de ejecución desde su consulta y la creación de unos itinerarios en los SBH y en consultas externas, con una ágil disponibilidad de la información generada que le permita tomar decisiones en un tiempo óptimo. Actualmente existen iniciativas de CAR en

determinadas patologías pediátricas como el asma¹⁹, pero centradas en la consulta externa, mientras que en ésta patología el PAP viene realizando actuaciones resolutivas con los medios que dispone en su consulta (enfermería, Prick-test y espirometría) con gran eficiencia¹, pero al tratarse de procedimientos dentro de la AP no acostumbramos a denominarlos de "alta resolución".

Desde la Pediatría de AP se ha demandado que las CAR pasen a ser parte de nuestra actividad^{1,20} y que existan las condiciones más idóneas para poderlas llevar a cabo²¹.

La gestión de las consultas externas carece de piedra filosofal que aporte soluciones mágicas y cada vez se propugna la necesidad del seguimiento de los pacientes en el ámbito más cercano: la AP^{22,23} con el fin de mejorar la eficiencia y el seguimiento del paciente.

El término empleado, CAR, tiene su correlación habitual en inglés con el de "one stop", y experiencias publicadas resaltan la continuidad, la mayor efectividad, el menor gasto y por tanto la mayor eficiencia²⁴, propugnado que determinadas actuaciones se lleven a cabo exclusivamente en AP. También se emplea el término QED ("quick and early diagnosis route") que ilustra mejor el itinerario y la agilidad del procedimiento²⁵,

mejorando la efectividad y el coste-efectividad del modelo tradicional.

Las experiencias de estos procedimientos altamente resolutivos se han aplicado con éxito en el cáncer²⁵, cáncer de mama^{26,27}, ginecología²⁸, detección de trastornos visuales en colectividades infantiles²⁹, cirugía²⁴, cirugía pediátrica³⁰ y en la evaluación de masas del cuello por un servicio de ORL³¹. Destacan no solo los aspectos ya citados de calidad (eficacia, eficiencia, efectividad..), sino también la actuación sobre los tiempos de espera, la satisfacción del paciente y la reducción de la ansiedad (especialmente relevante en nuestro ámbito).

Es difícil pronosticar como será el hospital del futuro, pero parece que el protagonismo de la Asistencia Sanitaria pasará progresivamente a los centros ambulatorios³² en las próximas décadas, asimismo, la mayor accesibilidad y la mayor capacidad resolutiva facilitaran este cambio.

El PAP, como especialista que trabaja en AP, se encuentra en una excelente posición para participar de éstos cambios y mejorar la calidad asistencial de sus pequeños pacientes y lo que estamos proponiendo constituye una vía de alta resolución desde la AP por profesionales dotados de amplia experiencia hospitalaria.

Bibliografía

1. Fernández Pérez M. *Calidad en Pediatría de Atención Primaria: Calidad de Prescripción y Asistencial. ¿Podemos mejorarlas?* Ponencia a Mesa Redonda Profesional en el 51 Congreso de la AEP, Bilbao, 16-18 de junio de 2002. *An Esp Pediatr* 2002; 56 [supl 6]: 7-17.
2. García Cosío F. *Herramientas para la gestión integrada de la asistencia cardiológica en un área Sanitaria*. II Sesiones de El Escorial de la Fundación Signo. El Escorial, 27-28 de septiembre de 2001. [En línea] [Fecha de acceso 27 de diciembre de 2002]. URL disponible en:
http://www.fundacionsigno.es/proyectos/proyecto_cosio.html
3. Casanova Matutano C, Gascón Romero P, Calvo Rigual F, Tomás Vila M, Paricio Talayero JM, Blasco González L, Peiró S. *Utilización inapropiada de la hospitalización pediátrica*. *An Esp Pediatr* 1999; 51: 241-250.
4. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. *Critical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems an Potential*. *Ann Intern Med* 1995; 123: 941-948.
5. de Dios del Valle R, Franco Vidal A, Chamorro Ramos L, Navas Ación A, García Caballero J. *Vías clínicas en atención primaria*. *Aten Primaria* 2001; 28: 69-73.
6. Fundación SIS. *Estudio prospectivo Delphi sobre el Futuro de la Pediatría en España*. Barcelona 2002.
7. *Los médicos de AP demandan el acceso generalizado a las pruebas*. *Diario Médico* 2002-10-03; XXIV Congreso Nacional de SEMERGEN. [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. Disponible en URL:
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,190420,00.html>
8. *Poder resolutivo del médico de familia*. 1ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, Sevilla, 14 a 17 de mayo de 2002. *JANO* 2002; LXIII: 11.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSA-LUD. *Guía de Gestión de Consultas de la Subdirección General de Atención Especializada*. Madrid: INSALUD; 2000.
10. Zambrana García JL, Jiménez Ojeda B, Marin Patón M, Almazán González S. *La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales*. *Med Clin* 2002, 118: 302-5.
11. INSALUD. *Lucha contra de demora en consultas externas y pruebas diagnósticas*. Notas de prensa del INSALUD, 17 de marzo 1999. [En línea] [Fecha de acceso el 27 de diciembre de 2002]. URL disponible en:
<http://www.msc.es/insalud/docpub/notas/1999031701.htm>
12. Servicio Andaluz de Salud. *La Consejería de Salud ha presentado hoy el proyecto funcional del Centro Hospitalario de Alta resolución de Sierra Norte*. Notas de prensa del Servicio Andaluz de Salud, 2.002 abril 4. [En línea] [Fecha de acceso el 27 de diciembre de 2.002]. URL disponible en:
http://www.sas.junta-andalucia.es/prensa/nota2_04-04-02.htm
13. Utrera Información. [En línea] [Fecha de acceso el 24 de diciembre de 2002]. URL disponible en:
http://www.publicacionesdelsur.net/semanarios/sevilla/utrera/act_local/02utrera.htm
14. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Memoria anual* 2000. [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. URL disponible en:
<http://www.humv.es/memoria2000/ane-xo02.htm>
15. Departamento de Salud de la Comunidad Foral de Navarra. *Hospitales de Alta resolución*.

El espejo sanitario 4 de junio de 2001 [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/publicacionesespejo/N0420019.HTM>

16. Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha. *Castilla-La Mancha contruirá los hospitales de Almansa y Villarobledo porque tiene autonomía y capacidad política*. Nota de prensa 19 de noviembre de 2001. [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.jccm.es/consejerias/portavoz/textos/np2046819112001.htm>

17. Sección de Cardiología del Hospital Can Misses. *Proyecto de coordinación con Atención Primaria*. [En línea] [Fecha de acceso el 27 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.servcardiologia-ibiza.com/castellano/documentos/PROCOORDIATENPRIMARIA-web01.doc>

18. *El hospital tendrá 224 camas y una importante cartera de especialidades*. Lanza 1 de febrero de 2002 [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.infodisclm.com/noticias/n.%20regionales/2002/febrero02/htomelloso01-02-02.htm>

19. Entrevista a Enrique Bernaola. El espejo sanitario 4 de junio de 2001. [En línea] [Fecha de acceso el 22 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/publicacionesespejo/N0420019.HTM>

20. Fernández Pérez M. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. *Aportaciones y Propuestas a la Problemática de la Pediatría en la Atención Primaria Asturiana*. Mesa Redonda "Salud Infantil y Pediatría Asturianas del Siglo XXI". Oviedo, 2 de noviembre de 2000. [En lí-

nea] [Fecha de acceso el 27 de diciembre de 2002]. URL disponible en:

<http://www.aepap.org/aapap/aapap-profes2.htm>

21. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *El por qué de la movilización pediátrica en Atención Primaria: La Plataforma 10 minutos*. Febrero de 2001. [En línea] [Fecha de acceso el 27 de diciembre de 2002]. URL disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/pediatria.html>

22. Wilson NV, Coolins RE. *Surgical outpatient practices: a time for change?* Ann R Coll Surg Engl 1994; 76 [4 suppl]: 169-71.

23. Partridge JW. *Consultation time, workload, and problems for audit. In outpatient clinics*. Arch Dis Child 1992; 67: 206-10.

24. Nickelsen TN, Christenen M. *Outpatient treatment. What is the evidence?* Ugeskr Laeger 2002; 164: 4913-7.

25. Davies C, Grimshaw G, Kendall M, Szczepura A, Griffin C, Toescu V. *Quality of diagnosis services for cancer: a comparison of open access and conventional outpatient clinics*. Int J Health Care Qual Azur Inc Leadersh Health Ser 1999; 12: 87-91.

26. Eltahir A, Jibril JA, Squair J, IESS SD, Ah-See AK, Needham G, Gilbert Fj, deans HE, McKean ME, Smart LM, Eremin O. *The accuracy of "one-stop" diagnosis for 1,100 patients presenting to a symptomatic breast clinic*. J R Coll Sur Edinb 1999; 44: 226-30.

27. Berry MG, Chan SY, Enledow A, Inwang ER, Perry NM, Wells CA, Curling OM, McLean A, Vinnicombe S, Sullivan M, Carpenter R. *An audit of patient acceptance of one-stop diagnosis for symptomatic breast disease*. Eur J Surg Oncol 1998; 24: 492-5.

28. Abu JI, Habiba MA, Baker R, Halligan AW, Naftalin NJ, Hsu R, Tabú N. *Quantitative and*

qualitative assesment of women's experience of a one-stop menstrual clinic in comparison with traditional gynaecology clinics. BJOG 2001; 108: 993-9.

29. Karas MP, Donaldson L, Charles A, Silver J, Hodes D, Adams GC. *Paediatric community vision screening: a new model.* Ophthalmic Physiol Opt 1999; 19: 295-9.

30. Sanges G, Astuto M, Sentina P, Morinello E, Di Benedetto A. *One stop surgery in pediatric*

surgery. Preliminary report. Pediatr Med Chir 2002; 24: 289-92.

31. Vowles RH, Ghiacy S, Jefferis AF. *A clinic for the rapid processing of patients with neck masses.* Laryngol Otol 1998; 112: 1061-4.

32. Walsh MK. *The future of hospitals.* Aust Health Rev 2002; 25: 32-4.

