

# Tecnología e innovación en las UCI pediátricas: una visión conectada de Oceanía

## PONENTES

Monica Brooks, Trevor Duke, Emma Haisz

### **Emma Haisz**

Hola y bienvenidos al podcast de la región de Oceanía para la Semana de Concienciación sobre las UCI pediátricas de la WFPICCS. Mi nombre es Emma Haisz y soy enfermera clínica consultora en una UCI pediátrica en Brisbane, Australia. El tema de la Semana de Concienciación sobre las UCIP de este año es la tecnología y la innovación en cuidados intensivos pediátricos. Hoy tengo el placer de presentar a nuestros dos invitados, el Dr. Trevor Duke, especialista en cuidados intensivos pediátricos del Melbourne Royal Children's Hospital, profesor de Pediatría en la Universidad de Melbourne, Departamento de Pediatría, y profesor de Salud Infantil en la Facultad de Medicina de la Universidad de Papúa Nueva Guinea. La Dra. Monica Brooks es intensivista pediátrica en la UCI pediátrica del Starship Children's Hospital de Auckland, Nueva Zelanda. Es indígena de Fiyi y completó su formación médica inicial en Fiyi. Bienvenidos al podcast de hoy. Para aquellos oyentes que no estén familiarizados con la región de Oceanía, se trata de una región del océano Pacífico que contiene miles de islas. Hay 14 países, los dos más grandes son Australia y Nueva Zelanda, conocidos por sus unidades de cuidados intensivos pediátricos de alta calidad e innovadoras y por sus colaboraciones en materia de investigación. Muchos de los demás países aún se encuentran en fase de desarrollo y se enfrentan a retos relacionados con la escasez de recursos, el aislamiento de la población y la vulnerabilidad a los desastres naturales y al cambio climático. Hemos decidido centrar el podcast de hoy en un par de países más pequeños de Oceanía para debatir cómo se han utilizado la tecnología y la innovación para desarrollar y mejorar los cuidados intensivos pediátricos de su población. Monica, como primera intensivista pediátrica en completar su formación fuera de Nueva Zelanda y Australia en nuestra región, nos encantaría que nos contaras un poco sobre esa experiencia y también algunos de los retos y avances innovadores en los que has participado a lo largo de tu carrera.

### **Monica Brooks**

Gracias, Emma, gracias por invitarme a este podcast y gracias por la encantadora presentación, tanto para mí como para Trevor y también para Oceanía. Sí, soy la primera intensivista indígena de Fiyi

formada en el Colegio de Medicina y Cuidados Intensivos de Australia. Me gradué, obtuve mi beca el año pasado y acabo de empezar a trabajar como intensivista aquí, en el Starship Children's Hospital de Auckland. Realicé la mayor parte de mi formación médica y pediátrica en Fiyi, en la Facultad de Medicina de Fiyi. De hecho, la mayor parte de mi experiencia inicial en pediatría la adquirí en el Colonial War Memorial Hospital, situado en Suva, la capital de Fiyi. También trabajé en el Hospital Lautoka, que también cuenta con una UCI pediátrica más pequeña que compartía con el equipo de la UCI para adultos en aquella época. La experiencia de trabajar en Fiyi en aquella época fue que teníamos muchos niños que morían de enfermedades que en Australia y Nueva Zelanda no habrían tenido. Cosas como el asma. Vimos muchos casos de sepsis, y muchas de las muertes se debían también a la tardanza en acudir al hospital y a la ubicación geográfica. No siempre es fácil llegar al hospital para ver a los niños, ya sea por carretera o incluso en barco. A veces, la experiencia que tuve en Fiyi fue increíble y fantástica. Aprendí muchas habilidades que me sirvieron para mi formación en Melbourne. Realicé la mayor parte de mi formación en la UCI pediátrica de Melbourne, lo cual fue increíble, y sin duda fue un contraste enorme entre la formación y el trabajo en Fiyi y el trabajo en una institución como el Royal Children's Hospital de Melbourne, donde los recursos eran muy abundantes y había una diferencia enorme en comparación con lo que teníamos en Fiyi. Por ejemplo, hablaré del servicio de recuperación en Fiyi cuando estaba allí como pediatra. La UCI está a cargo de pediatras. Todos nos formamos como pediatras generales, pero tenemos que ocuparnos de las recuperaciones de la UCIN y la UTI pediátrica, así como del servicio de urgencias, además de las salas de la clínica. Cuando hacíamos recuperaciones en islas exteriores o incluso en zonas remotas del continente, teníamos que ir con la enfermera. Teníamos una pequeña caja de herramientas con lo básico. Tenía un laringoscopio; se nos permitía llevar una pala, la que encontrábamos en los cajones o en los carros de respiración. Así que acababas con una Mac de grado dos o una Miller. Pero cogías lo que había. Cogíamos los tubos endotraqueales que creíamos que serían suficientes para el niño y te asegurabas de que con ese tubo endotraqueal lo colocabas en el lugar correcto, porque no tenías muchas opciones y tampoco teníamos suficientes tubos endotraqueales en el hospital que pudieras llevar. Ya sabes, no más de tres tubos endotraqueales a la vez en nuestra pequeña caja de herramientas. Teníamos adrenalina, atropina, suxametonio y morfina. Y teníamos una cánula, de calibre 24 o 22, y un medio intraóseo. Teníamos una sonda SAT, que era todo lo que podíamos llevar para monitorizar. No teníamos ECG ni un monitor de ECG portátil para llevar con nosotros. Tampoco teníamos un tubo intraóseo. Tampoco teníamos un ventilador, un ventilador de transporte, así que tenías que devolver a los bebés, ya fuera en helicópteros o en aviones, o por carretera, si estábamos en la ambulancia. Así que era una medicina muy interesante. No me arrepiento de haberme formado y trabajado en Fiyi. Desarrolló mucha resiliencia en las personas. Tenías que apañártelas con los limitados recursos que tenías. Y lo mejor, creo, el mayor regalo, pensábamos que era que al final, si tenías éxito y podías dar de alta al niño, era increíble. Y eso merecía el esfuerzo. A pesar de la limitación de recursos, podíamos salvar una vida o marcar la diferencia. También me di cuenta de que era beneficioso recibir más formación o formación adicional en medicina de cuidados intensivos, específicamente en pediatría, con la esperanza de poder cambiar los resultados o hacer algo diferente. Y utilizando lo básico, no creo que necesitemos mucho equipo sofisticado ni recursos. Creo que si nos centramos en lo que tenemos y en lo básico, podemos cambiar los resultados si aprendemos a utilizarlo mejor o a utilizarlo de otra manera.

**Emma Haisz**

Gracias por compartirlo. Ha sido muy interesante escuchar tu trayectoria y recordar lo bien dotadas y afortunadas que son algunas naciones de nuestra región en comparación. ¿Se te ocurre algún ejemplo de alguna de esas innovaciones ingeniosas que han surgido en los últimos años en la atención pediátrica crítica en Fiyi?

### **Monica Brooks**

Sí, creo que en términos de recursos, el único recurso que tenemos, y que creo que es válido para la mayoría de las islas del Pacífico Sur, es que contamos con recursos humanos. Y nuestra fuerza laboral es en lo que realmente podemos trabajar y desarrollar, y ellos serán los que contribuyan a cambiar o a mejorar los resultados para la población pediátrica. La región del Pacífico Sur está limitada por las finanzas. Los presupuestos sanitarios no son precisamente una prioridad. Desgraciadamente, hay muchas otras prioridades en la comunidad que tienen precedencia sobre el presupuesto sanitario. Además, estamos limitados por los recursos y el equipo, que no son algo que podamos cambiar rápidamente. Esto ha sido un reto constante durante muchos años. Por lo tanto, nos resulta un poco más difícil intentar cambiarlo rápidamente. Estamos agradecidos en el sentido de que recibimos mucho apoyo para nuestra plantilla. Esto se traduce en tutorías por teleconferencia con nuestros homólogos extranjeros en diferentes áreas. Hay algunos en la plataforma Zoom, y la plataforma Teams ha contribuido mucho a garantizar el intercambio continuo de conocimientos con el Pacífico. Al mismo tiempo, aquellos de nosotros que trabajamos lejos del Pacífico o en Australia, Nueva Zelanda u otros países europeos, también podemos aprender del Pacífico sobre los procesos de las enfermedades que han tenido y las patologías que tienen, en términos de enfermedades infecciosas, y las estrategias que han puesto en marcha. ¿Tomamos algo de eso con nosotros o aprendemos a cambiar la forma en que gestionamos algunas de las patologías infecciosas en nuestra comunidad, ahora, en nuestras sociedades? El equipo con el que contamos incluye respiradores. No tenemos ECMO, pero no pasa nada. No es necesario y no es algo que podamos permitirnos con nuestro presupuesto. Pero tenemos herramientas para las vías respiratorias y dispositivos circulatorios, o medicamentos, que nos permiten al menos proporcionar la mejor atención posible a nuestros niños. Hemos visto que los conocimientos que tenemos son los mejores que podemos tener. Creo que las telecomunicaciones y las plataformas Zoom han mejorado mucho la situación y han cambiado los conocimientos de nuestras comunidades del Pacífico. Pero también hemos aprendido mucho de ello aquí, en Australia y Nueva Zelanda. Creo que en lo que realmente hay que trabajar es en la mano de obra. Los demás aspectos, en términos de equipamiento y recursos, son mucho más difíciles que un problema más amplio, más general, con el que se puede lidiar. Creo que forjar redes dentro de nuestra propia región del Pacífico Sur. Por ejemplo, creamos un grupo de cuidados intensivos para el Pacífico Sur para ver qué tiene cada país en términos de recursos, compartir nuestros conocimientos y compartir cómo utilizamos esos recursos. Probablemente sea una buena forma de empezar. Luego están nuestros colegas. Tenemos gente que ha vivido nuestras experiencias. Trabajamos en los mismos entornos. Y luego tienes el conocimiento medio de todos. Trevor fue un gran mentor para mí, e incluso un gran recurso cuando todavía estaba formándome en Fuji. Recuerdo, voy a contar una breve historia en la que tuve que intubar a un bebé por síndrome de aspiración. Puede que él no lo recuerde, pero había un recién nacido que estaba bastante mal y se me habían acabado los respiradores. Así que pensé: «¿Qué más puedo hacer? Tenía un tubo en la vía endotraqueal. ¿Qué más podía hacer? Teníamos un equipo de CPAP con burbujas. Entonces pensé: «Bueno, vamos a poner a este bebé, dejemos que respire, pongámosle CPAP con burbujas y veamos cómo evoluciona». Luego llamé y

envié un mensaje a Trevor, después, diciéndole lo que había hecho. ¿Es correcto hacerlo? Porque nunca lo había hecho antes, pero no teníamos más opciones. No teníamos ventilador. Y el consejo de Trevor fue: sí, lo has hecho, veamos cómo va. Y el niño sobrevivió. Le quitamos el respirador y le pusimos CPAP, y sobrevivió hasta que le dieron el alta. Pero fueron redes útiles y una información y unos conocimientos muy valiosos a los que pude recurrir muy rápidamente, enviando un correo electrónico a alguien en Australia, y eso es lo que hicimos. ¿Está bien o no? Así que creo que tener a las personas adecuadas en los lugares adecuados es extremadamente útil.

### **Emma Haisz**

Gracias por compartir eso, me ha encantado que hayas demostrado cómo la comunicación bidireccional es un aprendizaje en ambos sentidos, no solo los países más desarrollados ayudando a las UCI en desarrollo, sino que el aprendizaje también va en sentido contrario. Y has mencionado a Trevor y cómo te apoyó en esa historia, y espero que ahora Trevor pueda compartir con nosotros un poco sobre los cuidados intensivos pediátricos, el estado de los cuidados intensivos pediátricos o el desarrollo de ese servicio actualmente en Papúa Nueva Guinea.

### **Trevor Duke**

Gracias, Emma. Para mí, la historia de Monica es increíble, realmente, es fantástico escucharla. Es una historia de logros personales, pero también es una historia del avance de los cuidados intensivos pediátricos y de la pediatría en general en los países del Pacífico. Y Monica tiene un compromiso continuo con la formación en Fiyi. Creo que esas redes de la diáspora que ayudan desde allí y las personas que lo consideran una comunidad de práctica de Oceanía, por así decirlo, son muy importantes. Pero, como has dicho, Emma, la región es muy diversa, enorme en tamaño y relativamente modesta en población, en comparación con otras regiones del mundo. Y hay muchos países de esos 14 que mencionaste que no han tenido esa historia de desarrollo de la cuidados intensivos pediátricos como la ha tenido Fiyi y, por supuesto, Australia y Nueva Zelanda. De hecho, eso se aplica a la mayoría de los demás pequeños Estados insulares. Ahora bien, has dicho que nos vamos a centrar en dos países pequeños, pero en realidad Papúa Nueva Guinea no es un país pequeño. En realidad, tiene al menos 11,6 millones de habitantes, según estimaciones conservadoras. Así que, si no me equivoco, Mónica, es más grande que Nueva Zelanda. Sin duda, es un país enorme, tanto en tamaño como, al igual que Fiyi, muy disperso geográficamente, pero de forma diferente, en algunos aspectos similar y en otros bastante diferente. También es uno de los países con menos recursos de la región. Y digo que, en cierto modo, cuenta con muchos recursos, ya que tiene una gran riqueza mineral y un entorno natural increíble, al igual que Fiyi, y cuenta con recursos humanos. No obstante, la economía no es tan fuerte y la financiación de los servicios sanitarios no ha sido sólida. Esto, sumado a muchos otros factores, hace que la tasa de mortalidad infantil sea, en este momento, de aproximadamente 42 por cada 1000 nacidos vivos. Ahora bien, si lo comparamos con Fiyi, donde, si no me equivoco, Mónica, es de aproximadamente 28 por cada 1000 nacidos vivos. Hay algunas estimaciones que apuntan a 26, pero probablemente sea 28 por cada 1000 nacidos vivos menores de cinco años. Y luego contrasta eso con Australia y Nueva Zelanda, donde las tasas de mortalidad de menores de cinco años son de cuatro por cada 1000 nacidos vivos. Así que hay una diferencia de diez veces entre Australia y Papúa Nueva

Guinea. Eso no quiere decir que Papúa Nueva Guinea no haya progresado. En 1990, la tasa de mortalidad indefinida era de alrededor de 90 a 100 por cada 1000, por lo que ha habido una reducción sustancial de la mortalidad infantil en ese tiempo. Doy estos datos como contexto porque, hasta hace poco, en Papúa Nueva Guinea no parecía apropiado introducir nada que se pareciera a los servicios de cuidados intensivos pediátricos, pero, en realidad, la disminución de la mortalidad infantil ha sido muy importante, como digo, en las últimas dos décadas. Y aún así, lo mejor que se podía hacer por los niños de ese país seguía siendo la inmunización, la nutrición y la educación para mejorar la calidad y el acceso a los servicios sanitarios básicos. Contamos con 22 hospitales provinciales en todo el país y un importante hospital terciario, y muchos niños acuden a esos hospitales y a hospitales comarcales más pequeños con enfermedades graves y necesitan un nivel de atención superior al que se ha podido proporcionar tradicionalmente. Tenemos un proyecto de estrategia para la UCIP en Papúa Nueva Guinea, y es muy básico. Está vinculado a la estrategia nacional general de salud infantil y a lo que se ha hecho en los últimos 20 años para intentar mejorar la calidad básica de la atención. El objetivo ha sido empezar por garantizar el acceso a una atención pediátrica de calidad en todo el país. Esto comienza con la formación, pero no solo con la formación, sino también con la distribución del personal adecuado en cada provincia, que, de media, cuenta con entre 300 000 y 400 000 habitantes. Se trata de provincias muy grandes. Algunas provincias tienen hasta 500 000 o 600 000 habitantes. Ahora, todas las provincias, salvo dos, cuentan con pediatras, y hay uno o dos pediatras por cada 500 000 habitantes. Así que ahora tenemos una proporción de niños por pediatra de aproximadamente 0,5 por cada 100 000, lo que sigue siendo similar a lo que existe en la mayoría de los países menos desarrollados de África, es decir, 0,5 por cada 100 000. Así pues, el primer paso es realmente contar con recursos humanos adecuados, no solo pediatras, sino también enfermeras pediátricas y enfermeras de salud infantil que conozcan la prestación de una atención pediátrica básica de buena calidad a nivel provincial e incluso a nivel de distrito, o incluso a niveles inferiores. En este momento, en Port Moresby hay una pequeña unidad de cuidados intensivos pediátricos, una UCI con 12 camas que se encuentra dentro de la sala de pediatría general. Y, por el momento, no disponemos de ventilación mecánica, por lo que los niños que la necesitan son ingresados, como se ha hecho durante mucho tiempo, al menos durante una década, en la unidad de cuidados intensivos para adultos. Las razones más comunes por las que los niños de Papúa Nueva Guinea y de muchos países de Oceanía necesitan ventilación mecánica son las mordeduras de serpiente o el síndrome de Guillain-Barré, ese tipo de cosas, en las que los pulmones están relativamente normales, pero hay problemas neuromusculares que probablemente se resolverán con el tiempo. Por lo tanto, hay muchos niños que necesitan ventilación mecánica a corto o incluso a largo plazo para esas afecciones y para cuidados postoperatorios y traumatismos. No es ideal proporcionar ventilación mecánica a niños con neumonía muy grave. A menudo distrae de la prestación de los servicios más básicos. Y lo he visto antes. Por eso, el tipo de programa que hemos puesto en marcha durante los últimos 15 años ha sido intentar mejorar la calidad de la atención básica en casos agudos. Eso incluye la tecnología, por ejemplo, el suministro de oxígeno, al menos a nivel provincial e incluso a nivel de distrito. Y hay un programa para el uso de concentradores de oxígeno en todo el país. Incluso durante la COVID, claramente, el oxígeno se convirtió en un tema muy importante y en un déficit visible, y las nuevas innovaciones incluyen plantas de oxígeno móviles que se pueden transportar en un contenedor y que pueden generar oxígeno siempre que haya un suministro eléctrico continuo. Así que esas plantas se han enviado a varias de las provincias, las siete que hay en el país. Pero lo más importante es que hay concentradores de oxígeno que llegan aún más abajo en la cadena de servicios sanitarios, hasta los hospitales de distrito, donde, de hecho, el suministro eléctrico es poco fiable, pero funcionan con energía solar. Así que hay 40 centros de salud en todo el país que cuentan ahora con suministro de oxígeno alimentado por energía solar, y llevan funcionando desde 2015. Funcionan muy bien y se ha demostrado

en proyectos de investigación de campo a gran escala que reducen la tasa de mortalidad por neumonía y la necesidad de derivación, entre otras cosas.

### **Emma Haisz**

Es una innovación increíble que alguien como yo, que solo ha trabajado en Canadá y Australia, ni siquiera se habría planteado preguntar. Gracias por compartir que los concentradores de oxígeno alimentados con energía solar son increíbles, ya que el oxígeno es el medicamento o tratamiento de primera línea para los cuidados intensivos pediátricos y de adultos. Gracias por mencionar el aspecto de los recursos humanos y la formación de estos profesionales sanitarios. ¿Cuáles son algunos de los retos y las soluciones que se están aplicando en estas regiones para ayudar a superar estas carencias?

### **Trevor Duke**

Quizás también podría añadir que la reducción de la mortalidad que hemos observado en los hospitales provinciales de Papúa Nueva Guinea en los últimos 15 años no se debe únicamente a la innovación tecnológica. De hecho, creo que eso es solo una pequeña parte. Es una ayuda para que los trabajadores sanitarios dispongan de tecnología que antes no tenían, pero sigo pensando que la clave ha estado en la formación. La Organización Mundial de la Salud tiene un programa de formación para trabajadores sanitarios, médicos no especialistas y enfermeros. En Papúa Nueva Guinea contamos con oficinas de extensión sanitaria, con oficiales clínicos y trabajadores sanitarios comunitarios, y les ofrecemos formación en atención hospitalaria infantil. Existe un programa denominado «atención hospitalaria infantil», que se ha extendido a casi todas las provincias de Papúa Nueva Guinea. Y creo que esa formación, que abarca todas las enfermedades comunes y agudas de los niños, y cómo gestionar el triaje y la evaluación de urgencias, y el tratamiento y un enfoque holístico de la atención pediátrica, ha sido probablemente tan necesaria como cualquier mejora en los productos básicos, la tecnología u otros recursos. Y eso se suma a lo que ha dicho Monica, que es, como ustedes saben, la riqueza de los recursos humanos en todos los países que necesitan apoyo para mejorar la calidad de los servicios. Y ese programa, la atención hospitalaria para niños, ha tenido mucho éxito.

### **Monica Brooks**

Y yo puedo añadir algo más a partir de la experiencia de Fiyi o de lo que se ha mencionado. La población es pequeña, pero la extensión del territorio en el que se encuentran estas islas es enorme, y las distancias que hay que recorrer son muy largas, ya que algunas de ellas solo se pueden alcanzar en barco o en bote, o en el interior a caballo, o como sea. Pero no hay suficientes médicos ni pediatras para que podamos contar con un pediatra o una persona con formación en cuidados intensivos en estas zonas. Por eso contamos con enfermeras practicantes y centros de enfermería en muchas de las islas y pueblos más remotos. Una de las formaciones que me ha parecido muy beneficiosa para estos profesionales sanitarios es la formación en APL, que se impartió a todas las enfermeras, enfermeras practicantes y estudiantes de medicina en su último año de formación, antes de ser enviados a diferentes pueblos e islas, ya que se

convertirían en los únicos médicos de esas zonas. Pero eso también significaba que, cuando estos médicos recién llegados llamaban a un pediatra en el continente, ya habían realizado la mayor parte de la reanimación y solo tenían que seguir el algoritmo del pilar A, lo cual les resultaba muy útil. Ya no tenían que intubar necesariamente, sino que les administraban oxígeno, les ponían un intraocci y les administraban antibióticos. Y luego llamaban y decían: «Estamos aquí, necesitamos que venga un equipo de rescate». Así que hay programas como los APL, que ha mencionado Trevor. Hay un manual de bolsillo o manual azul que enumera el tratamiento de la gastroenteritis y la diarrea y cómo tratarlas con sales de rehidratación oral o líquidos intravenosos. Y eso se utiliza en todos los hospitales, además de en los centros de salud más pequeños. Y luego también tenemos otros programas, como el de pediatría básica, que también se ha incorporado y que ha permitido una formación adicional de los pediatras, los anestesiistas y también de otros médicos, en cuanto a la atención de niños en estado crítico y cómo tratarlos en una UCI. Y toda esa formación para nuestros trabajadores sanitarios, ya sean enfermeras, enfermeras practicantes o médicos, es fantástica porque les da una idea de las maniobras básicas de reanimación que pueden realizar y les permite al menos empezar antes de contar con personal más experimentado o de que sean trasladados a un hospital de referencia más grande.

### **Emma Haisz**

También he oído que algunos países, o algunos centros sanitarios de nuestra región, han recurrido a un grupo llamado «Taking Pediatrics Abroad» (Llevar la pediatría al extranjero) con fines educativos. Según me han dicho, ofrecen sesiones de formación en línea para enfermeros, médicos y otros profesionales sanitarios.

### **Monica Brooks**

Sí, gracias por mencionarlo. Se me había olvidado mencionarlo. Sí, llevan bastante tiempo impartiendo programas de formación y capacitación para pediatras de la región en diferentes especialidades, no solo en temas específicos de la UCI, sino en todas las especialidades sobre las que tienen dudas, y también discuten casos. Es una forma de traer a Australia y Nueva Zelanda a la sala y al espacio real, porque así discuten sobre los pacientes que tienen delante y pueden hacerse una idea de si es necesario cambiar su tratamiento. Es una iniciativa estupenda que se ha desarrollado.

### **Emma Haisz**

Antes de concluir nuestra sesión de hoy, ¿hay algo más que alguno de ustedes quiera compartir sobre la educación en materia de prestación de asistencia sanitaria o las asociaciones en las que han participado en el trabajo que han realizado en Papúa Nueva Guinea o Fiyi?

### **Trevor Duke**

Es necesario adoptar un enfoque sistémico para pensar en una buena atención clínica, y eso incluye cosas que a menudo damos por sentadas, como, por ejemplo, contar con algún tipo de sistema de alerta temprana o sistema MET, o un sistema de alerta temprana y respuesta. Ahora bien, ese tipo de cosas se pueden poner en práctica en entornos con recursos más limitados y seguir marcando una gran diferencia, porque la detección del deterioro de un paciente, por ejemplo, no es una innovación técnica o tecnológica, sino un aspecto muy importante para prevenir el deterioro y las enfermedades graves en muchos países de todo el mundo, y disponer de este tipo de sistemas puede ayudar a los recursos humanos y a los trabajadores sanitarios a prevenir mejor las muertes, en mi opinión. Pero hay cosas que damos por sentadas, incluso cosas básicas para cualquier avance tecnológico, ya sea la CPAP, el oxígeno o contar con un ingeniero biomédico que ayude a mantener los equipos. Son cosas que damos por sentadas y que, a nivel de sistemas generales, deben abordarse en los países que tienen ambiciones en materia de cuidados intensivos pediátricos.

### **Monica Brooks**

Gracias, Trevor. Desde mi punto de vista, creo que es importante fomentar la formación a nivel local, pero también garantizar que exista una colaboración continua en la región. Recientemente, la Facultad de Medicina de Fiyi ha introducido un máster en cuidados intensivos, que permite a quienes tienen un máster en anestesia continuar con este máster. Esto ha supuesto un gran logro para la escuela. El año pasado, tuvieron sus cuatro primeros graduados en el programa, tres de los cuales eran de Fiyi. Uno era de Tara, lo cual es estupendo, porque así todos se van a diferentes islas y siguen trabajando en hospitales de cuidados intensivos, convirtiéndose en líderes de la medicina o la formación en cuidados intensivos en sus respectivos países. En cuanto a la formación, se fomenta la formación local y se intenta ver si, como ya saben, a nivel nacional y regional, cómo podemos seguir apoyando a las facultades de medicina locales, como la PG School of Medicine, o sus programas, y garantizar que los programas estén a la altura del resto de Oceanía. Creo que eso anima a más personas a realizar esas formaciones y a iniciarse en ellas. Y también centrarnos en la mejora de las ventas y el desarrollo de capacidades. Ya sabes, hacemos visitas y venimos con nuestros propios equipos internacionales y personal de enfermería, y tratamos de integrar a los equipos locales en esos equipos, para no dejarlos con todos los conocimientos que les hemos aportado sobre lo que hay que hacer y luego marcharnos, sino animar a los equipos locales a aprender, para que puedan ver cómo mantener el programa, y más aún ahora, en este entorno en el que veo que la financiación global para muchos proyectos y formación, que es importante para los países menos desarrollados y con menos recursos, también está adquiriendo una forma bastante nueva y se está debatiendo mucho más. Así que creo que debemos centrarnos realmente en garantizar que estamos ampliando la escala, que también estamos desarrollando su capacidad, de modo que si la financiación no llega, o no es suficiente, ellos puedan intervenir y hacerse cargo de algunos de esos proyectos como propios. Gracias a la formación impartida, hemos mejorado sus habilidades y hemos creado los programas. Y ahora los que estamos en la región podemos decir: «Genial, ahora podemos encargarnos nosotros, porque tenemos más personal de seguridad para llevarlos a cabo, sean cuales sean las visitas». Y ya sabes, Tom se encarga específicamente de las visitas de cirugía cardíaca, o si se trata de cirugía plástica, o Traci se encarga de prepararlo todo. Recientemente, contamos con un cirujano vascular en Fiyi que acaba de terminar una estancia en Melbourne. Ha realizado una estancia de dos años, por lo que ahora forma parte del programa de cirugía vascular de Fiyi. Así que hay crecimiento en diferentes ámbitos, no solo en pediatría, sino también en otras especialidades.

## **Trevor Duke**

Una última reflexión: quizá deberíamos replantearnos cómo podría ser la región de Oceanía en las próximas dos décadas. Podría ser una región en la que desapareciera prácticamente la brecha entre los países en materia de mortalidad infantil y otros indicadores de salud infantil. Pero esto solo será posible con mucha más cooperación y, en general, los vínculos entre el Pacífico, Australia y Nueva Zelanda se han deteriorado en los últimos 50 años, por muchas razones, pero ahora es un buen momento para replantearnos estos vínculos en materia de educación, formación y prestación de servicios sanitarios, abordando juntos el cambio climático y reduciendo las barreras a la cooperación. Estas barreras son complejas. Son legislativas, económicas, estructurales e históricas. Pero si conseguimos derribar algunas de estas barreras y desarrollar en la próxima generación la idea de que todos formamos parte de Oceanía, donde las comunidades se ayudan y aprenden unas de otras, creo, sinceramente, que eso nos enriquecerá a todos y ayudará a cerrar las brechas.

## **Emma Haisz**

Gracias. Quiero darles las gracias a ambos por dedicarme su tiempo hoy. Me ha encantado conocer más sobre los retos y los éxitos en el crecimiento y el desarrollo de los cuidados intensivos pediátricos fuera de Australia y Nueva Zelanda, y estoy segura de que nuestros oyentes apreciarán lo que han aprendido hoy. Gracias.