



El *debriefing* clínico, retos y oportunidades en el ámbito asistencial; aprendizaje en la reflexión colectiva para mejorar los sistemas sanitarios y la colaboración interprofesional

Clinical debriefing, challenges and opportunities in healthcare; learning in collective reflection to improve healthcare systems and interprofessional collaboration

Demian Szyld,^{*,‡} Alexander F Arriaga,^{‡,§} Esther León-Castelao[¶]

Palabras clave:

Debriefing, reflexión, seguridad del paciente, eventos críticos.

Keywords:

Debriefing, reflection, patient safety, critical events.

* Department of Emergency Medicine, Brigham and Women's Hospital. Institute for Medical Simulation, Center for Medical Simulation. Boston, Massachusetts, USA.

‡ Harvard Medical School. Boston, Massachusetts, USA.
§ Department of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine, Brigham and Women's Hospital. Ariadne Labs. Center for Surgery and Public Health, Brigham and Women's Hospital and Harvard T.H. Chan School of Public Health. Boston, Massachusetts, USA.

¶ Laboratorio de Simulación Clínica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. TALK Foundation, Cardiff, Reino Unido.

Recibido: 04/08/2021
Aceptado: 13/08/2021

doi: 10.35366/101430

RESUMEN

Este artículo describe las oportunidades para la reflexión y el aprendizaje individual, de equipo e institucional más allá del ámbito simulado. Es un llamamiento a los lectores, que como profesionales de la salud y educadores les invitamos a reflexionar sobre el reto y la oportunidad de transformarnos en agentes del cambio en el ámbito asistencial e implicarnos más allá de nuestros nichos de plástico y silicona, a que se lancen a generar cambio e impactar en los sistemas de carne y hueso a través del *debriefing* clínico.

ABSTRACT

This article describes opportunities for individual, team and institutional learning through collective reflection beyond the simulated setting. It is a call to readers that as healthcare professionals and educators, we invite you to reflect on the challenge and opportunity to transform ourselves into agents of change in the healthcare setting and engage beyond our plastic and silicone niches, to jump in to generate change and impact flesh-and-blood systems through clinical debriefing.

El *debriefing* es la piedra angular a través de la cual los aprendices y profesionales caminan hacia la competencia clínica. En el contexto de simulación, el *debriefing* se define como una conversación entre varias personas guiadas por un facilitador experto y orientadas por los objetivos de aprendizaje. En él, se realiza un análisis conjunto del evento simulado con el objetivo de mejorar o mantener el rendimiento futuro.¹ El *debriefing* educativo (DE) puede adquirir varias formas en función de las necesidades de aprendizaje de los participantes y su perfil (pregraduado, postgraduado, expertos, etcétera).² Lamentablemente, el aprendizaje con simulación y *debriefing* sólo contribuye en una pequeña fracción al desarrollo de los profesionales de la salud.

En contraposición en el entorno clínico, día a día se generan oportunidades de aprendizaje.

Sin embargo, los profesionales tienen dificultades para reconocerlas y después obtener un resultado de aprendizaje de las mismas.³⁻⁵ Impedimentos de hacer un *debriefing* en el entorno clínico incluyen la presión de la producción, falta de entrenamiento, fracasos de comunicación durante eventos críticos y temor de una conversación llena de actos de juzgar y echar la culpa a otros.^{3,6} En este contexto, los expertos en simulación se plantean el reto de encontrar soluciones que faciliten a los clínicos el generar conversaciones de aprendizaje;⁷ ya en el año 2014, de la mano de colegas del ámbito de simulación, se comienza a extender e investigar concepto de *debriefing* clínico.⁸

El concepto del *debriefing* clínico (DC) se está definiendo, y aún no existe un consenso internacional. Entendemos como *debriefing* clínico una conversación estructurada entre varias personas

Citar como: Szyld D, Arriaga AF, León-Castelao E. El *debriefing* clínico, retos y oportunidades en el ámbito asistencial; aprendizaje en la reflexión colectiva para mejorar los sistemas sanitarios y la colaboración interprofesional. Rev Latinoam Simul Clin. 2021; 3 (2): 69-73. <https://dx.doi.org/10.35366/101430>



donde se realiza un análisis con el objetivo de mejorar o mantener el rendimiento futuro. A diferencia del *debriefing* educativo (DE), se basa en un evento real emergente y no planificado vivido por el equipo interprofesional, suele tener una duración corta, está dirigido a mejorar individuos, equipos o el sistema y dependiendo de su dificultad puede llevarlo a cabo un profesional experto⁹⁻¹¹ o un miembro del equipo asistencial con un entrenamiento mínimo.¹² Ofreciéndonos así la oportunidad de, sin un alto costo, reflexionar conjuntamente de forma breve casi a diario, aumentando la “dosis de reflexión” a la que están expuestos los profesionales, ya que según Kolb la práctica clínica sin reflexión y reconceptualización no nos convierte en expertos.¹

Las metas del DC son diferentes a las del DE. En vez de enfocarse primordialmente en el aprendizaje, en el DC se acentúa la oportunidad de apoyarse entre pares, fomentar el trabajo en equipo, repasar y reflexionar sobre lo ocurrido, compartir diferentes perspectivas, identificar amenazas latentes y comunicar ideas a los líderes y administradores. Además, al llevarse a cabo los aprendizajes y reflexiones en el propio entorno clínico, se crean oportunidades de mejora continua del sistema.⁹ Ya que se analizan tanto los eventos satisfactorios como mejorables y contribuyen a asumir la variabilidad e incertidumbre que presentan las realidades clínicas, ayudando al sistema a aprender desde su contexto y resultados propios.¹³

No se recomienda ni forzar a los profesionales a participar en el DC ni tampoco convertirse en psicólogo ni profesional de salud mental de sus colegas. El DC se enfoca en el rendimiento de los individuos, equipos y sistemas, y no en ningún tratamiento ni prevención de los efectos psicológicos y el trauma, el cual debe ser referido a un especialista. También excluimos del concepto DC el *Critical Stress Incident Debriefing* (CISD), una técnica de apoyo psicológica empleada por los militares y profesionales de rescate, con facilitadores entrenados y certificados.^{14,15}

La reflexión tras la acción o *debriefing* en el entorno profesional es una práctica ampliamente establecida en varias industrias más allá del mundo de la salud. Ya en el año 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el *debriefing* como práctica rutinaria para los profesionales en el entorno asistencial con el objetivo de reflexionar sobre su rendimiento. Tras publicarse los primeros resultados positivos de la implementación de experiencias de DC, destacadas entidades internacionales recomiendan su uso tras una resucitación (American Heart Association, AHA),¹⁶ una cirugía (Programa *Five Steps to Safer Surgery*, 5SSS),¹⁷ o como estrategia global de mejora de los resultados (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ).¹⁸ La investigación que agregó la evidencia en otros campos e industrias sobre el *debriefing* concluyó que su uso mejora el rendimiento entre un 20 y 25%, y que ofrece mejores resultados si es es-

Tabla 1: *Debriefing* de eventos vs *debriefing* de rutina.

	<i>Debriefing</i> de eventos	<i>Debriefing</i> de rutina
¿Cómo se decide iniciar el <i>debriefing</i> ?	De acuerdo a la situación clínica o por decisión del equipo	Se agenda de antemano
¿Cuándo ocurren?	Próximamente al evento pero puede de inmediato (caliente), ocurrir durante el transcurso del día (tibio), o a futuro (frío)	Al final del turno, pero no siempre es la última actividad del día laboral
¿Quién participa?	Los integrantes del equipo que pueden y quieren participar Algunos deben ocuparse de la situación clínica que aún evoluciona	Todos los integrantes del equipo pueden prepararse y priorizar el <i>debriefing</i> de rutina
¿Qué enfoques tiene?	Evaluar el estado psicológico y la habilidad de volver al trabajo Documentar amenazas latentes Planear par el resto del día Proveer recursos: guías de estudio, ayudas cognitivas, soporte emocional	Repasar los eventos de día Documentar amenazas latentes Planear para el próximo turno Proveer recursos: guías de estudio, ayudas cognitivas, soporte emocional

Tabla 2: Gatillos y razones para el *debriefing* de eventos clínicos.

Categoría	Ejemplo
Crisis clínica	Paro cardíaco y reanimación ⁶ Hemorragia masiva ⁶
Procedimientos críticos	Intubación endotraqueal en un paciente que necesita cuidados intensivos ⁶
Eventos adversos	Desfibrilación y cardioversión Falta de materiales o equipo Demoras en administración de tratamientos
Dinámicas del equipo	Activación de equipos de alto rendimiento, por ejemplo: trauma, <i>stroke</i> , ECOM Fallas de comunicación crítica ³
Aprendizaje organizacional	Nuevas experiencias clínicas o protocolos ³⁰ Situaciones complejas que concluyen con resultados positivos ³⁰

ECOM = Extra-Corporeal Membrane Oxygenation (oxigenación por membrana extracorpórea).

estructurado.¹⁹ En el ámbito clínico se encontraron mejoras en la mortalidad en resucitación,²⁰ y en el quirúrgico^{6,21} mejora en la toma de decisiones obstétricas²² y la detección de riesgos latentes.²³ A su vez, impacta en los profesionales mejorando el rendimiento individual y de equipo, así como su bienestar psicológico.²⁴ Por último, también tiene beneficios sobre la seguridad del paciente.^{19,21} A pesar de las recomendaciones y la evidencia disponible, el *debriefing* en el ámbito clínico no es una práctica ampliamente extendida.³

El DC es un concepto abstracto y para comprenderlo podemos clasificarlo según su uso. Contrastamos el *debriefing* de eventos (DdE) y el *debriefing* de rutina (DdR) (Tabla 1). Los DdE son oportunidades de aprendizaje que aparecen a lo largo de la jornada laboral y que el equipo asistencial decide conversar con el fin de procesar, reflexionar e identificar oportunidades de mejora; por ejemplo, cuando se intuba a un paciente en la terapia intensiva o cuando se reanimó un paciente en la ambulancia, se hayan producido resultados positivos o mejorables. El DdR ocurre al final de un turno y está preacordado. En este entorno, el equipo puede repasar los eventos del turno y generar un plan para el próximo.^{9,24} En el DdE, además de las oportunidades espontáneas, se recomienda que cada área asistencial defina de antemano qué eventos le interesa utilizar como gatillos para iniciar un DdE (Tabla 2). También se recomienda definir en qué momento se realizará el DdE, de inmediato o si se planea una conversación

a futuro. En el pasado, esta decisión se basaba en la temperatura de las emociones, caliente, tibio y frío, un modelo que ha quedado en desuso a medida que se han definido nuevas estrategias. En los últimos años, diversos grupos de investigadores han planteado diferentes métodos y estrategias, por ejemplo: INFO,¹⁴ CircleUp,²⁴ PEARLS SI,²⁵ TALK,¹² WATER.²⁶ Por otro lado, la pandemia actual nos ha ofrecido la oportunidad de innovar y experimentar el *debriefing* a través de medios tecnológicos para mantener la distancia social, contando con experiencias en Bélgica¹⁰ y en Boston.⁹

¿Qué reto nos plantea la llegada del DC a la comunidad de educadores y simulacionistas? Tenemos la oportunidad de redefinir nuestro rol y nombre: cambiar la identidad de simulacionista a líder para la reflexión y el aprendizaje clínico, sin restringirse al contexto de la simulación. Este modelo mental no sólo nos concede amplias oportunidades para impactar la calidad del cuidado clínico y la salud pública, también nos ayuda a alinear nuestro trabajo en el contexto de la simulación a los problemas actuales del sistema clínico. Hay un futuro fértil donde el aprendizaje personal y del sistema transcurre sin barreras entre los programas educativos y de simulación y el día a día del hospital.

¿Cómo llegamos a esto? La ciencia de la implementación ha informado la estrategia para capacitar a los instructores y *debriefers*,²⁷ y para el desarrollo de programas de DC.²⁸ Adicionalmente un grupo internacional con experiencia en DC provee recomendaciones sobre cuándo, por qué, dónde, y cómo facilitar programas de DC.²⁹ Se recomienda trabajar con profesionales en todos los niveles: administradores, líderes y clínicos, comenzando con proyectos piloto que nos permitan evolucionar las ideas y la puesta en marcha durante el proceso de innovación; establecer protocolos y definir el proceso de *feedback*, identificar y acordar gatillos, el momento y el lugar donde se realizará el DC, sin olvidar generar una conexión emocional específica al contexto. Por ejemplo, en vez de intentar la implementación del DC de forma genérica, se plantea el uso de TALK que guía la estructura del *debriefing*. El proyecto TALK comparte de forma abierta sus materiales traducidos al español: <https://www.talkdebrief.org/startingtotalk>

El DC ya está aquí y vino para quedarse. Con todos los ingredientes definidos en esta editorial, estamos preparados para iniciar el cambio. Sin embargo, como comunidad nos enfrentamos al reto de la adopción del DC en nuestro contexto específico. Debemos considerar nuestro bagaje

sociocultural y la percepción que como colectivo tenemos sobre las conversaciones del rendimiento en el ambiente laboral. Es un tema de actual discusión cómo herramientas creadas en el ámbito anglosajón deben ser apartadas para su adopción en un contexto diferente,³¹ ya que de lo contrario pueden sentirse como ajenas o artificiales; así como también se conoce el peso de la cultura a la hora de llevar a cabo un *debriefing*.^{31,32} La clave seguramente se establece en buscar aquellos elementos que garanticen un entorno propio en el que todos nos sintamos cómodos, seguros y libres de culpa, mejorando nuestro rendimiento a través de conversaciones estructuradas y significativas sobre nuestros éxitos y puntos de mejora en forma de *debriefing* clínico.

¡El reto está en tus manos, comienza a hablar con tus colegas y salvarás vidas!

REFERENCIAS

- Maestre JM, Rudolph JW. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68 (4): 282-285.
- Roussin CJ, Weinstock P. SimZones: An organizational innovation for simulation programs and centers. *Acad Med*. 2017; 92 (8): 1114-1120. doi: 10.1097/ACM.0000000000001746.
- Arriaga AF, Sweeney RE, Clapp JT, Muralidharan M, Burson RC 2nd, Gordon EKB, et al. Failure to debrief after critical events in anesthesia is associated with failures in communication during the event. *Anesthesiology*. 2019; 130 (6): 1039-1048. doi: 10.1097/ALN.0000000000002649.
- Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, Patel B. Implementation of an *in situ* qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*. 2013; 84 (7): 946-951. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.12.005.
- Zinns LE, Welch-Horan TB, Moore TA, Ades A, Wolfe HA, Mullan PC. Implementation of an innovative, multiunit, postevent debriefing program in a Children's Hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2020; 36 (7): 345-346. doi: 10.1097/PEC.0000000000001898.
- Arriaga AF, Szyld D, Pian-Smith MCM. Real-time debriefing after critical events: exploring the gap between principle and reality. *Anesthesiol Clin*. 2020; 38 (4): 801-820. doi: 10.1016/j.anclin.2020.08.003.
- Eppich EJ, Mullan PC, Brett-Fleegler M, Cheng A. "Let's talk about it": translating lessons from health care simulation to clinical event debriefings and coaching conversations. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2016; 17 (3): 200-211. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2016.07.001>.
- Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Ann Emerg Med*. 2015; 65 (6): 690-698. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.10.019.
- Azizoddin DR, Vella Gray K, Dundin A, Szyld D. Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Care*. 2020; 34 (5): 711-715. doi: 10.1080/13561820.2020.1813697.
- Servotte JC, Welch-Horan TB, Mullan P, Piazza J, Ghuyssen A, Szyld D. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Adv Simul (Lond)*. 2020; 5 (1): 32. doi: 10.1186/s41077-020-00150-0.
- Rose S, Cheng A. Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *CJEM*. 2018; 20 (5): 781-785. doi: 10.1017/cem.2018.369.
- Diaz-Navarro C, León-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care [Internet]*. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From safety-I to safety-II: a white paper. Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia: The Resilient Health Care Net; 2015.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; (2): CD000560. doi: 10.1002/14651858.CD000560.
- Mitchell JT, Everly GS. Critical incident stress debriefing (CISD): an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers. 2nd edition. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation; 1997.
- Berg KM, Cheng A, Panchal AR, Topjian AA, Aziz K, Bhanji F, et al. Part 7: Systems of care: 2020 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2020; 142 (16_suppl_2): S580-S604. doi: 10.1161/CIR.0000000000000899.
- Vickers R. Five steps to safer surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011; 93 (7): 501-503. doi: 10.1308/147870811X599334.
- Briefing and Debriefing Tool. Content last reviewed December 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available in: <https://www.ahrq.gov/hai/tools/surgery/tools/applying-cusp/briefing-debriefing.html>
- Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Hum Factors*. 2013; 55 (1): 231-245. doi: 10.1177/0018720812448394.
- Wolfe H, Zebuhr C, Topjian AA, Nishisaki A, Niles DE, Meaney PA, et al. Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes. *Crit Care Med*. 2014; 42 (7): 1688-1695. doi: 10.1097/CCM.0000000000000327.
- Brindle ME, Henrich N, Foster A, Marks S, Rose M, Welsh R, et al. Implementation of surgical debriefing programs in large health systems: an exploratory qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18 (1): 210. doi: 10.1186/s12913-018-3003-3.
- Weiner E, Bar J, Fainstein N, Ben-Haroush A, Sadan O, Golan A, et al. The effect of a program to shorten

- the decision-to-delivery interval for emergent cesarean section on maternal and neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 210 (3): 224.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.007.
23. Patterson MD, Geis GL, Falcone RA, LeMaster T, Wears RL. *In situ* simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22 (6): 468-477. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000942.
 24. Rock LK, Rudolph JW, Fey MK, Szyld D, Gardner R, Minehart RD et al. "Circle up": workflow adaptation and psychological support via briefing, debriefing, and peer support. *N Engl J Med.* 2020. doi: 10.1056/CAT.20.0240. Available in: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0240>
 25. Dubé MM, Reid J, Kaba A, Cheng A, Eppich W, Grant V et al. PEARLS for systems integration: a modified PEARLS framework for debriefing systems-focused simulations. *Simul Healthc.* 2019; 14 (5): 333-342. doi: 10.1097/SIH.0000000000000381.
 26. Chen YK, Arriaga A. Crisis checklists in emergency medicine: another step forward for cognitive aids. *BMJ Qual Saf.* 2021: bmjqs-2021-013203. doi: 10.1136/bmjqs-2021-013203.
 27. Fey MK, Auerbach M, Szyld D. Implementing faculty development programs: moving from theory to practice. *Simul Healthc.* 2020; 15 (1): 5-6. doi: 10.1097/SIH.0000000000000429.
 28. Szyld D, Arriaga AF. Implementing clinical debriefing programmes. *Emerg Med J.* 2021: emermed-2021-211133. doi: 10.1136/emermed-2021-211133.
 29. Coggins A, Zaklama R, Szabo RA, Diaz-Navarro C, Scalese RJ, Krogh K, et al. Twelve tips for facilitating and implementing clinical debriefing programmes. *Med Teach.* 2021; 43 (5): 509-517. doi: 10.1080/0142159X.2020.1817349.
 30. Guía de usuario de TALK. Disponible en: https://019b9f7c-8e15-47c9-8a80-e39d1c6e3850.filesusr.com/ugd/e81a96_395806a252b549c299c563673123bfb1.pdf
 31. Palaganas JC, Chan AKM, Leighton K. Cultural considerations in debriefing. *Simul Healthc.* 2021. doi: 10.1097/SIH.0000000000000558.
 32. Chung HS, Dieckmann P, Issenberg SB. It is time to consider cultural differences in debriefing. *Simul Healthc.* 2013; 8 (3): 166-170. doi: 10.1097/SIH.0b013e318291d9ef.

Correspondencia:**Demian Szyld, MD EdM**Senior Director, Institute for
Medical Simulation

Center for Medical Simulation, Boston, MA.

E-mail: Demian_Szyld@mail.harvard.edu
www.harvardmedsim.org

www.medigraphic.org.mx