

CARTAS CIENTÍFICAS

Percepción del *debriefing* clínico Talk® como herramienta para promover la seguridad clínica en un servicio de emergencias extrahospitalario*Perception of Clinical Debriefing (TALK®) as a Tool to Promote Patient Safety in a Prehospital Emergency Service*

Verónica Almagro-González¹, Cristina Díaz-Navarro², Esther León-Castelao³, Soledad Armijo-Rivera⁴, Carmen Camacho Leis¹, Manuel Quintana-Díaz⁵

La seguridad clínica constituye un objetivo estratégico prioritario en todos los niveles de la atención sanitaria¹, especialmente relevante en los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias (SEM). Estos operan en entornos complejos, dinámicos e impredecibles, donde deben tomarse decisiones rápidas bajo presión, a menudo en condiciones adversas y con información limitada, lo que aumenta el riesgo de errores clínicos y eventos adversos².

El *debriefing* se define como una conversación estructurada, posterior a una experiencia asistencial o formativa, que promueve la reflexión, el aprendizaje y la mejora del desempeño³. En el ámbito clínico, se ha consolidado como una herramienta eficaz para revisar eventos reales, identificar factores latentes y fortalecer la cultura de seguridad⁴. A diferencia de otras estrategias de análisis, el *debriefing* clínico (DC) se centra en la reflexión entre iguales, con un enfoque no punitivo y orientado a la mejora compartida⁵. Sin embargo, la mayoría de los modelos estructurados de DC requieren facilitadores expertos y suelen derivar en conversaciones extensas, características poco compatibles con la práctica clínica habitual^{6,7}.

En este contexto, la herramienta TALK® surge como una propuesta metodológica adaptada para integrar el DC en el entorno asistencial real. Se estructura en cuatro pasos (*Target, Analysis, Learning points, Key actions*; en español objetivo, análisis, puntos de aprendizaje y acciones clave) que permiten una conversación reflexiva breve (≤ 10 minutos), dirigida por cualquier miembro del equipo, sin necesidad de formación avanzada ni de supervisión externa y respaldada por ayudas cognitivas (Figura 1). Además, se basa en principios como una actitud constructiva y sin prejuicios, positividad, comunicación respetuosa, la búsqueda de soluciones prácticas en lugar de culpables y un enfoque de mejora progresiva, centrado en pequeños objetivos alcanzables y con seguimiento. Estos valores

promueven un ambiente seguro para la reflexión interdisciplinar del equipo y su diseño favorece la inmediatez de su aplicación⁸. TALK® se alinea con el enfoque Safety-II, que complementa el modelo tradicional centrado en errores (Safety-I), al promover conversaciones que también refuerzan comportamientos positivos y la resiliencia del equipo^{9,10}.

Estudios previos han mostrado que TALK® ha sido implementada con éxito en diversos escenarios hospitalarios como quirófanos¹⁰, unidades de salud mental¹¹ y de cuidados intensivos¹², en Europa y Canadá, además de conseguir una amplia difusión en Latinoamérica^{10,11,13}. Durante la pandemia de COVID-19, se utilizó en el SEM de Cataluña, con buenos resultados en participación y utilidad percibida para la mejora del bienestar y la resiliencia de los profesionales¹⁴. En estos entornos clínicos complejos, contar con una herramienta estructurada proporciona un esquema común de conversación, facilita la participación de todo el equipo, optimiza el tiempo disponible y centra el análisis en la mejora continua^{6,15}.

Se planteó la hipótesis de que TALK® sería percibida como útil y fácil de aplicar por los profesionales de un SEM para promover la reflexión clínica y el aprendizaje en equipo. El objetivo principal fue recoger su percepción tras la formación inicial, como primer paso hacia su posible integración en la práctica asistencial. Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate-Protección Civil (SAMUR-PC) del Ayuntamiento de Madrid.

En 2024 se impartió una formación sobre uso de TALK®, al término de la cual se distribuyó un cuestionario presencial, anónimo y autocumplimentado, diseñado para recoger variables sociodemográficas y profesionales, experiencia previa en DC, conocimiento previo de TALK®, valoración de la herramienta (facilidad de uso, utilidad y aplicabilidad futura) mediante escala Likert de 1 a 5 y barreras percibidas mediante preguntas abiertas. Participaron médicos,

enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias (TES) en activo en unidades de soporte vital básico (SVB), avanzado (SVA) o con funciones de mando asistencial. Los datos fueron analizados con IBM SPSS Statistics v29, utilizando estadística descriptiva de acuerdo con la naturaleza de las variables. Para las comparaciones entre grupos se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y correlaciones de Spearman), y se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. La consistencia interna del cuestionario fue excelente (α de Cronbach = 0,94). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (código C.I. 25/542-E).

Respondieron 440 profesionales, con una edad media de 47 años (DE 7), el 70,9% hombres. La categoría profesional más representada fue la de TES (67,3%), seguida por enfermería y medicina (16,4% cada una). La antigüedad media en SAMUR-Protección

talk
CÓDIGO PARA ESTRUCTURAR
CONVERSACIONES

T Paso 1: Target - Objetivo
¿De qué queremos hablar para mejorar la seguridad?
Compartid vuestra perspectiva y elegid un punto a analizar, lo más concreto y específico posible.

A Paso 2: Analysis - Análisis
Analizad el objetivo acordado.
1. ¿Qué contribuyó a que ocurriera esta situación?
2. ¿Cómo podemos repetir lo que hemos hecho bien?
¿Qué cosas podemos mejorar?

L Paso 3: Learning Points - Puntos de aprendizaje
¿Qué hemos aprendido de esta conversación?

K Paso 4: Key Actions - Acciones clave
Acordad soluciones prácticas y distribuid responsabilidades
¿Qué hará cada uno? ¿Quién/cómo se hará el seguimiento?

Valores

Actitud constructiva y sin prejuicios.

Positividad, destacando comportamientos positivos. Utilizando frases neutras y evitando comentarios negativos.

Buscando soluciones aplicables, en vez de culpables.

Paso a paso: identificando pequeños objetivos alcanzables y realizando un seguimiento.

Comunicación respetuosa, valorando las aportaciones de todos.

Figura 1. Estructura visual de la ayuda cognitiva TALK®. La tarjeta sintetiza los valores de la herramienta y los cuatro pasos para guiar una conversación clínica estructurada tras un evento: Target, Analysis, Learning points y Key actions. Fuente: Fundación TALK®, www.talkdebrief.org. (Con permiso de reproducción de TALK® Foundation.)

Tabla 1. Valoración de características específicas de TALK®

Ítem	Media	DE
Tiene una estructura de diálogo sencilla	4,09	0,87
Facilita la comunicación	4,31	0,82
Posibilidad de utilizarla en SVB, SVA o conjuntamente	4,34	0,84
Estímulo para provocar una reflexión crítica sobre la actuación	4,31	0,79
Se refuerzan los comportamientos positivos	4,37	0,75
Se identifican áreas concretas de mejora	4,43	0,74
Se buscan soluciones prácticas	4,42	0,74
Se asignan responsables para llevarlas a cabo	4,18	0,88
Requiere menos tiempo que otras formas de <i>debriefing</i>	4,08	0,92
Se adapta mejor a diferentes escenarios	4,14	0,88
Incorpora recursos multimedia	3,93	1,02

(Media $\pm$ DE, escala 1-5.)

DE: desviación estándar; SVB: soporte vital básico; SVA: soporte vital avanzado.

Tabla 2. Análisis bivariante entre variables profesionales y percepción de la herramienta TALK®

Variable independiente	Facilidad de uso	Utilidad percibida	Previsión de uso
Edad	$\rho = 0,108$; $p = 0,024$	$\rho = 0,024$; $p = 0,618$	$\rho = -0,017$; $p = 0,728$
Antigüedad en SAMUR-PC	$\rho = 0,106$; $p = 0,027$	$\rho = -0,042$; $p = 0,382$	$\rho = -0,095$; $p = 0,047$
Antigüedad total en SEM	$\rho = 0,080$; $p = 0,094$	$\rho = -0,043$; $p = 0,368$	$\rho = -0,095$; $p = 0,047$
Categoría profesional	H = 5,950; gl = 2; $p = 0,051$	H = 3,233; gl = 2; $p = 0,199$	H = 5,048; gl = 2; $p = 0,080$
Puesto de trabajo	H = 21,021; gl = 4; $p < 0,001$	H = 5,951; gl = 4; $p = 0,203$	H = 7,123; gl = 4; $p = 0,130$

Tendencia estadística ($p \approx 0,05$). ρ : Coeficiente de correlación de Spearman; H: Estadístico de Kruskal-Wallis; gl: grados de libertad; SEM: Servicio de Emergencias Médicas.Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

Civil fue de 12 años (DE 10) y en el conjunto de los SEM de 19 años (DE 10). El 91,1% refirió realizar algún tipo de DC durante sus guardias, principalmente al finalizar el aviso, ya operativos dentro de la ambulancia (58,9%) o antes de dar la operatividad (36,1%). Solo el 9,5% conocía previamente la herramienta TALK®. Tras la formación, TALK® fue valorada como fácil/muy fácil por el 71,5%, útil o muy útil por el 77% y probable o muy probablemente aplicable en su práctica asistencial por el 73,4%, con medias superiores a 4 en la mayoría de los ítems. Se destacó su utilidad para identificar áreas de mejora, buscar soluciones prácticas y reforzar conductas positivas (Tabla 1). La percepción de facilidad de uso se asoció positiva y significativamente con la edad ($\rho = 0,108$; $p = 0,024$) y con la antigüedad en SAMUR-Protección Civil ($\rho = 0,106$; $p = 0,027$), mientras que la previsión de uso se correlacionó inversamente con la antigüedad total en SEM ($\rho = -0,095$; $p = 0,047$). No se hallaron diferencias significativas por sexo. Los profesionales con funciones de supervisión puntuaron significativamente mejor la facilidad de uso ($p < 0,001$) (Tabla 2). Entre las barreras referidas para su implementación destacaron la falta de tiempo por solapa-

miento de avisos y carga asistencial, la dificultad para reunir al equipo tras la intervención, la priorización de otras tareas y, en menor medida, la escasa implicación de algunos compañeros.

Los resultados de este estudio muestran una elevada aceptación de TALK® entre los distintos perfiles profesionales del SEM, con más del 80% considerándola útil o muy útil y dispuestos a incorporarla a su práctica habitual. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Díaz-Navarro *et al.* en quirófanos del sistema sanitario británico¹⁰, donde TALK® fue valorada como sencilla y aplicable en un entorno de alta presión asistencial, favoreciendo la realización de DC y la identificación de oportunidades de mejora. También son consistentes con las perspectivas reportadas tras las actividades de formación multiprofesional en Latinoamérica¹³, donde se observó un alto grado de satisfacción y utilidad percibida, hecho que refuerza la aplicabilidad del modelo en contextos clínicos diversos.

Estos hallazgos refuerzan la evidencia de que intervenciones simples y estructuradas como TALK® pueden facilitar la implantación de *debriefings* breves en un SEM tras situaciones que resulten significativas para el equipo, independientemente del desenlace y

promover el seguimiento de las acciones derivadas, en línea con el enfoque Safety-II y el concepto de “agregación de ganancias marginales” operativas, que refuerzan actuaciones positivas y facilitan mejoras en la práctica asistencial. Futuros estudios deberían evaluar su sostenibilidad en el tiempo, su impacto en indicadores de proceso, como el número de *debriefings* por guardia o el cumplimiento de acciones acordadas y, cuando sea posible, en resultados relacionados con la seguridad del paciente y el impacto en el bienestar del personal sanitario.

Bibliografía

- World Health Organization. Patient safety: making health care safer. Geneva: WHO; 2017. (Consultado 1 Septiembre 2025). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.11>
- Bigham BL, Maher J, Brooks SC, Bull E, Morrison LJ, Shojania KG. Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16:20-35.
- Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*. 2007;2:115-25.
- 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;3:69-73.
- Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Ann Emerg Med*. 2015;65:690-8.
- Phillips EC, Smith SE, Tallentire V, Blair S. Systematic review of clinical debriefing tools: attributes and evidence for use. *BMJ Qual Saf*. 2024;33:187-98.
- 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;43:509-17.
- Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: TALK® to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care*. 2021;40:4-8.
- Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: a white paper. University of Southern Denmark, University of Florida, Macquarie University; 2015.
- Diaz-Navarro C, Enjo-Perez I, Leon-Castelao E, Hadfield A, Nicolas-Arfelis JM, Castro-Rebollo P. Implementation of the TALK® clinical self-debriefing tool in operating theatres: a single-centre interventional study. *Br J Anaesth*. 2024;133:853-61.
- Shepherd WB, Patterson K, Blake J, Ward D, Clarke A, Diaz-Navarro C, et al. Impact of a debrief tool in acute child and adolescent mental health inpatient units: a centre's experience. *BMJ Open Qual*. 2024;13:e002704.
- Enjo-Perez I, Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Sanz-Moncusí M, Carmona-Delgado I, Perez-Dueñas J et al. Implementing TALK® for interprofessional team self-debrief in everyday learning opportunities in critical care: a single-centre interventional study. *Am J Crit Care*. In press.
- Diaz-Navarro C, Armijo-Rivera S, Prudencio-Palomino C, Velazco-González JC, Castro P, Leon-Castelao E. Evaluation of TALK® trai-

ning for interprofessional clinical debriefing in Latin America. Arch Med Res. 2024;55:103060.
14 Malas O, Perez-Cuit X, García-Sicard J,

Cuartero A, Cuartero G. The TALK debrief experience: intervention in prehospital personnel care during the COVID-19 pandemic. AIMS Public Health. 2024;11:819-34.

15 Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. Hum Factors. 2013;55:231-45.

Filiación de los autores: ¹SAMUR-Protección Civil, Madrid, España. ²Cardiff and Vale University Health Board, Gales, Reino Unido. TALK Foundation. ³Laboratorio de Simulación Clínica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Barcelona. TALK Foundation. ⁴Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. TALK Foundation. ⁵Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Correo electrónico: almagro@madrid.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (código C.I. 25/542-E).

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fábrega.

Correspondencia: Verónica Almagro González. SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Ronda de las Provincias, 7. 28011 Madrid, España.

DOI: 10.55633/s3me/006.2026
