

# GTFYSC

## La cadena de formación en Simulación Clínica

Miguel Valdivia de la Fuente<sup>1</sup>, Nuria Martínez Sanz<sup>1</sup>,  
Diego Palacios Castañeda<sup>1</sup>.

Grupo de Trabajo de Formación y Simulación Clínica de la SEMICYUC

1. F.E.A en Medicina Intensiva. Instructores en Simulación Clínica. Hospital  
Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid).

**Autor de correspondencia:** Miguel Valdivia de la Fuente.

[miguel.valdivia@salud.madrid.org](mailto:miguel.valdivia@salud.madrid.org)

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

ISBN 978-84-126506-2-4

Tradicionalmente la simulación clínica se define como una técnica docente que persigue, mediante escenarios, reemplazar o amplificar las experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos del mundo real de una manera interactiva<sup>1</sup>. Sin embargo, consideramos que esta definición es insuficiente para explicar todo el proceso que conlleva elaborar una actividad o un programa de formación basado en simulación.

Con el objetivo de resumir todas las acciones necesarias que hacen que un programa de formación basado en simulación clínica tenga éxito, nosotros proponemos el concepto de "la cadena de formación en simulación clínica" (*Figura 1*).

Consideramos que hay cuatro acciones fundamentales, que son:

1. PLANIFICACION y DISEÑO de la experiencia simulada,
2. BRIEFFING O INTRODUCCIÓN– creación de un ambiente de seguridad psicológica,
3. EXPERIENCIA SIMULADA
4. *DEBRIEFING*.



*Fig. 1. La cadena de formación en simulación clínica.*

El primer eslabón de la cadena es la PLANIFICACIÓN Y DISEÑO de la actividad basada en simulación que se quiere realizar. En esta primera fase hay que establecer las necesidades de la formación y marcar los objetivos de aprendizaje, tanto generales como específicos<sup>2,3</sup>. Es fundamental conocer los recursos de los que se disponen, tanto

materiales como personales, para empezar a construir la actividad formativa basada en simulación clínica.

El segundo eslabón hace referencia al BRIEFING o INTRODUCCION que se realiza antes de la ejecución de la experiencia simulada. En esta parte hay que crear un ambiente de seguridad psicológica entre docentes y alumnos y generar un entorno de aprendizaje estimulante. Para ello, el instructor debe definir con claridad los objetivos y las expectativas que tiene de los participantes. Tiene que transmitir compromiso de respeto hacia los alumnos y establecer con ellos el contrato de ficción y el principio de confidencialidad <sup>4,5</sup>.

El tercer eslabón lo constituye la EXPERIENCIA SIMULADA propiamente dicha. Esta tarea requiere una elaboración previa de las plantillas de los escenarios de simulación. El director del escenario debe tener claros cuáles son los estadios, como hacer las transiciones entre ellos, así como el inicio y finalización del escenario. La recomendación es desarrollar escenarios claros y sencillos que respondan a los objetivos planteados en la fase de planificación y diseño <sup>6,7</sup>.

El eslabón final es el *DEBRIEFING*, donde se hace una reflexión de las acciones realizadas por los alumnos en la experiencia simulada. El instructor tiene que haberlo preparado previamente y tener muy claro los objetivos que va a tratar que, lógicamente, deben responder a los objetivos de aprendizaje planteados al inicio. Es enriquecedor en esta fase la figura de dos docentes, uno experto en simulación clínica o instructor (*debriefe*r principal) y un experto en el tema de la actividad formativa (*codebriefer*), que deben coordinarse previamente. Lo fundamental en esta fase es mostrar genuina curiosidad en investigar por qué los alumnos hacen lo que hacen <sup>8-10</sup>.

Es importante entender que todas estas fases están íntimamente relacionadas las unas con las otras y el éxito final de la actividad formativa va a depender de que cada una de ellas se realice de manera correcta.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Gaba DM. The Future Vision of Simulation in Healthcare. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2007;2(2):126-35.
2. Alinier G. Developing High-Fidelity Health Care Simulation Scenarios: A Guide for Educators and Professionals. *Simulation & Gaming*. febrero de 2011;42(1):9-26.
3. Lioce L, Reed CC, Lemon D, King MA, Martinez PA, Franklin AE, et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard III: Participant Objectives. *Clinical Simulation in Nursing*. junio de 2013;9(6):S15-8.
4. Rudolph JW, Raemer DB, Simon R. Establishing a Safe Container for Learning in Simulation: The Role of the Presimulation Briefing. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. diciembre de 2014;9(6):339-49.
5. León-Castelao E, Maestre JM. Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. *Educación Médica*. julio de 2019;20(4):238-48.
6. Hamstra SJ, Brydges R, Hatala R, Zendejas B, Cook DA. Reconsidering Fidelity in Simulation-Based Training: *Academic Medicine*. marzo de 2014;89(3):387-92.
7. Schaumberg A. The matter of 'fidelity': Keep it simple or complex? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. marzo de 2015;29(1):21-5.
8. Oriot D. *Pocket book for simulation debriefing in healthcare*. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg; 2017.
9. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiology Clinics*. junio de 2007;25(2):361-76.

10. Szyld D, F Arriaga A, 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. Revista Latinoamericana de Simulación Clínica. 2021;3(2):69-73.

SEMICYUC



# BIBLIOTECA SEMICYUC

