

# CAPÍTULO 3

© Monkey Business Images | Dreamstime.com



## Taxonomía de la seguridad del paciente

*Carla Patrícia Amaral Carvalho Denser  
Elena Bohomol  
María de Jesús Castro Sousa Harada*

### Introducción

La intensa producción de conocimientos asociados con el fenómeno de la globalización estimula a las organizaciones a desarrollar estrategias capaces de registrar, mapear y diseminar informaciones. Estas estrategias, ejemplificadas por la lógica de red, realidad virtual y ciberespacio, son fundamentales para solidificar conocimientos entre aquellos individuos que desenvuelven actividades similares.(1)

Existen esfuerzos para conseguir la clasificación de términos en un lenguaje común, universal, en diferentes áreas de conocimiento, que han sido marcados en diferentes escenarios. Un ejemplo clásico de la creación de una taxonomía en la área de salud fue el desarrollo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID), realizada en el año de 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que trata sobre tipos de morbilidad y mortalidad, y es utilizado por todos los servicios de salud en el mundo. Su construcción sigue el concepto de taxonomía en cuanto a sistema para clasificar informaciones según tipo, naturaleza y categorías, respetando jerarquías dentro de un campo científico.(2)

El concepto de taxonomía asocia terminología y ciencia de la clasificación; es decir, es un vocabulario controlado de una determinada área de conocimiento, un instrumento que permite la comunicación de forma rápida entre especialistas y entre éstos y el público.(2,3)

La gestión del conocimiento tiene en la taxonomía una importante herramienta para el registro, organización y recuperación de la información.

Se sabe que existen dificultades para la recuperación de la información y que este hecho influye negativamente en el desempeño de las actividades de aquellos que la requieren como apoyo en las decisiones de su día a día, por lo que una de las ventajas del uso de la taxonomía es que los profesionales pueden utilizar la misma expresión para designar, por ejemplo, un hecho o un concepto, así como para el registro de cualquier situación.(1)

En lo que se refiere a la seguridad del paciente, la propuesta de una taxonomía involucra la identificación, la clasificación y la descripción de causas por las que ocurren las fallas en determinado sistema, con lo que se pueden tomar acciones preventivas y de contención para minimizar la incidencia de errores en el futuro, de manera sistematizada y organizada.(3)

El conjunto de términos sobre seguridad del paciente, al igual que otras disciplinas de la salud, deben incorporar teorías, conceptos, definiciones, y vocabulario aceptado y validado con adaptación para cada cultura.

De acuerdo con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, el entendimiento de términos, conceptos y definiciones relevantes para el dominio de la seguridad del paciente deben reflejar su uso de forma coloquial; transmitir significados adecuados en materia de seguridad de los pacientes y, al mismo tiempo, ser breves y claros, sin calificaciones innecesarias o redundantes.(4)

Se entiende que el entendimiento del uso de palabras o expresiones es crucial en la exposición de un concepto, por lo que no siempre la comprensión es tan clara como parece. El Institute of Medicine, en el año de 2003, como parte del informe "Patient Safety: Achieving a New Standard of Care", recomienda la sistematización y mejor gestión de la información sobre seguridad del paciente, incluyendo casi-fallas (*near miss*) y eventos adversos, aspectos necesarios para el desenvolvimiento de estrategias que reduzcan el riesgo de incidentes evitables en el sistema de salud.(5)

Una terminología común es fundamental para compartir y recolectar datos de investigación para apoyar las decisiones acerca de la seguridad del paciente.

Los sistemas de notificación de incidentes difieren en diseño, contenido y objetivos y, por tanto, en su capacidad de definir, cuantificar y controlar eventos adversos. Entre los sistemas de información existen con frecuencia diferentes campos de datos, terminologías en conflicto, clasificaciones y características que tornan la sistematización difícil. Además de eso, cada fuente de datos de casi-errores y eventos adversos por lo general requieren diferentes métodos para interpretar y aclarar esos eventos. Adicionalmente, el mal uso de la terminología en investigaciones, conferencias, documentos, presentaciones y medios de investigación contribuyen para la generalización de malos entendidos sobre el lenguaje de la seguridad de los pacientes.(6)

Los debates entre especialistas y prestadores de cuidados de salud sobre cómo se definen y clasifican errores, casi-errores y eventos adversos que deben ser monitorizados en sistemas de notificación de eventos de seguridad del paciente, han sido objeto de estudio en diferentes países y organizaciones; sin embargo, relativamente poca atención se le ha dado al proceso de construcción de las definiciones de esos términos y de qué forma estos conceptos y clasificaciones afectan la capacidad de las instituciones en contextualizar su experiencia en el escenario mundial.(7,8)

De esta manera, la clasificación de un evento dentro de una categoría u otra puede afectar a la forma de análisis de los datos, definición de incentivos y el informe sobre seguridad del paciente.

Se han desarrollado varios métodos para definir y clasificar los errores en los servicios de salud, los eventos adversos, casi-errores, y otros conceptos y términos que envuelven la seguridad del paciente; sin embargo, esos métodos tienden a ser, con algunas acepciones, estricta y predominantemente modificados para áreas específicas como errores de medicación, las reacciones transfusionales, los cuidados primarios y los cuidados de enfermería.(6)

Según el Institute of Medicine,(5) la proliferación de informaciones sobre seguridad del paciente ha generado la necesidad de la creación de un sistema y terminologías de información organizados sobre seguridad del paciente, con el fin de intentar suprimir las necesidades identificadas en los estudios epidemiológicos.

## Clasificación internacional para la seguridad del paciente

En esta perspectiva y con el objetivo de definir y armonizar los conceptos construidos sobre seguridad del paciente en una clasificación internacional, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó un grupo –el *Grupo de Redacción de la CISP*– compuesto por especialistas en la área de seguridad del paciente, para el desarrollo de una taxonomía internacional, denominada *Clasificación Internacional para Seguridad del Paciente (CISP)*. Se pretende que este tipo de estrategia pueda ayudar a obtener, capturar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente, así como favorecer el aprendizaje y la mejora del sistema de salud.(4)

Así, la CISP contiene un conjunto de conceptos vinculados por relaciones semánticas que proporcionan una estructura para organizar la información a ser usada para una variedad de fines, incluyendo permitir la colecta de datos sistemáticos de informaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos, realizar análisis estadístico, fundamentar estudios descriptivos e investigaciones de evaluación, además de posibilitar un monitoreo de los servicios a largo plazo.(4)

Según la Organización Mundial de la Salud,(9) el objetivo de la CISP es permitir la categorización de informaciones sobre la seguridad del paciente, utilizando conjuntos estandarizados de conceptos y términos preferenciales definidos y las relaciones entre ellos con base en una ontología de dominio explícito.

La CISP fue proyectada para facilitar la descripción, comparación, medición, control, análisis e interpretación de la información para mejorar la asistencia al paciente, así como para fines de planeación epidemiológica y de políticas de salud; también fue diseñado para ser la verdadera convergencia de percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con el tema, de forma que favorezca el aprendizaje y mejore la seguridad del paciente.(9)

La CISP se ha destinado a los profesionales de la salud, estadísticos, gestores de seguridad del paciente y de riesgos, programadores de sistemas de tecnologías de la información, comunicación, administradores de sistemas nacionales de salud, investigadores, representantes de organizaciones de la sociedad civil y responsables por el monitoreo de la seguridad del paciente, que incluyan los consumidores y los grupos de defensa del paciente.

Podría ser utilizado para la comparación de datos de incidentes de seguridad del paciente entre las disciplinas y organizaciones a nivel local, nacional e internacional, así como para la investigación, análisis de tendencias e incluso en la determinación de cuestiones de seguridad de los pacientes en diferentes áreas del cuidado. También será determinante para el establecimiento de los programas del sistema y de los factores humanos en la seguridad del paciente, estableciendo las aplicaciones y limitaciones de las estrategias de reducción de riesgos a los pacientes, identificando problemas potenciales y a través de investigaciones basadas en evidencias; también debe estar en conformidad con los principios que rigen a los otros miembros de la Organización Mundial de Salud a través de la Familia de Clasificaciones Internacionales,(9) por lo que debe seguir los criterios basados en la clasificación, tales como:

- Identificación y definición de conceptos clave de la seguridad del paciente.
- Organización de los conceptos de seguridad del paciente en categorías significativas y útiles.
- Ser lingüística y culturalmente apropiada.
- Tener aplicabilidad en todo el escenario de salud, contemplando desde la atención básica de la salud hasta las áreas más especializadas, compatible con los sistemas y procesos existentes en los países en desarrollo y en transición.
- Promover la comparabilidad de las informaciones de datos de seguridad del paciente.

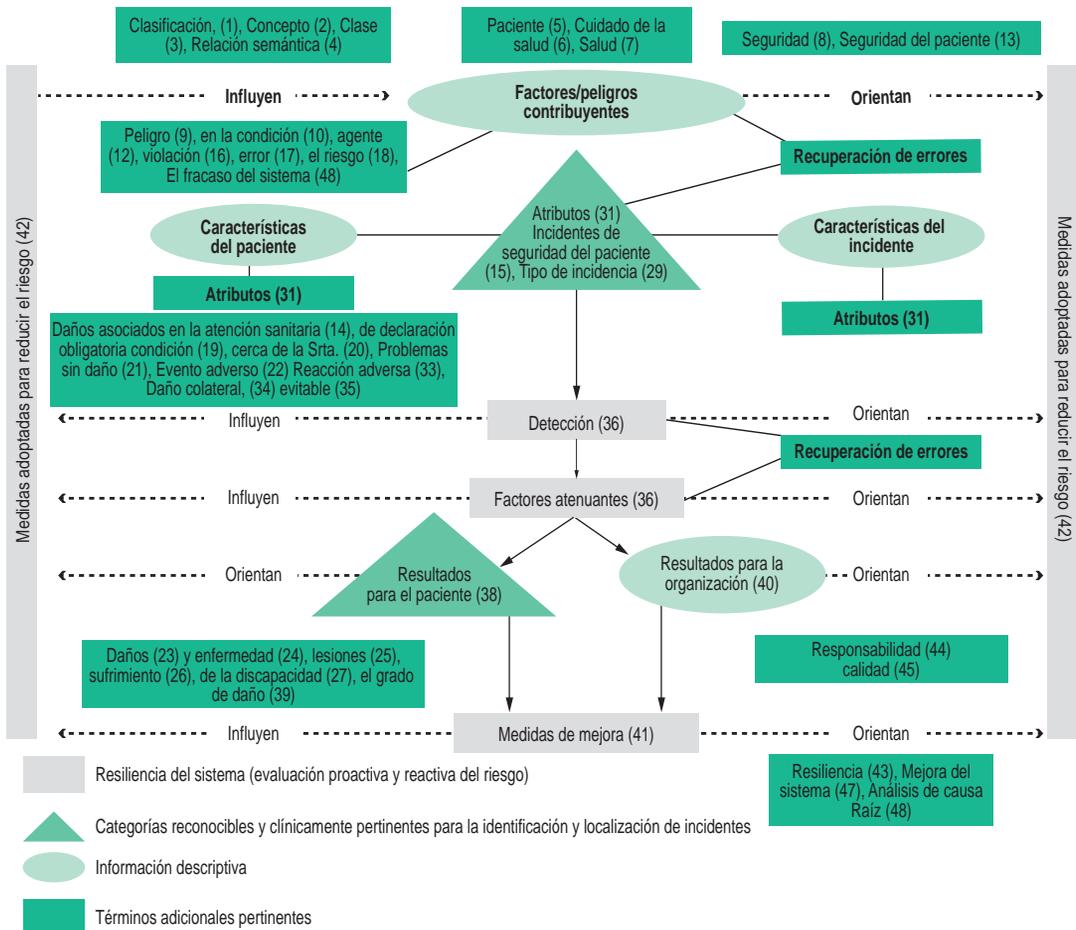
El Grupo de Redacción de la CISP desarrolló la estructura conceptual con diez clases prioritarias, llamadas de clases de alto nivel, pues son las diez clases principales que componen la estructura conceptual de la CISP,(9,10) y se describen como sigue:

1. Tipo de incidente.
2. Resultados para el paciente.
3. Características del paciente.
4. Características del incidente.
5. Factores contribuyentes/riesgos.

6. Resultados organizacionales.
7. Detección.
8. Factores atenuantes.
9. Acciones de mejoría.
10. Medidas tomadas para la reducción de los riesgos.

Estas clases prioritarias se subdividen jerárquicamente y representadas de acuerdo con sus relaciones semánticas(10,11) conforme muestra la figura 1. Las líneas continuas representan las 10 principales clases de la CISP y sus relaciones semánticas. Las líneas punteadas vinculan los respectivos términos preferenciales a las clases; los números entre paréntesis se refieren a la secuencia en que esos términos aparecen en el texto original. (10,11)

**Figura 1. Estructura conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.(10,11)**



También se definieron 48 conceptos clave y términos preferenciales, caracterizados para facilitar el entendimiento y transferencia de información relevante para la seguridad del paciente. Esos conceptos representan el comienzo de un proceso continuo para mejorar de manera progresiva el consenso internacional de términos y conceptos relevantes para la seguridad del paciente realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.(4,9,10)

Runciman y cols.(10) publicaron el resultado de este trabajo presentando los 48 términos y conceptos clave desarrollados por el *Grupo de Redacción de la CISP*, que se presentan en el cuadro 1.

### Cuadro 1. Conceptos clave y términos preferenciales según los autores de este capítulo, basados en el consenso de su valor para la práctica diaria del trabajo del profesional de la salud.(10)

Conceptos clave y términos preferenciales	Consenso
Clasificación	Organización de los conceptos en las clases y sus subdivisiones, vinculados de manera que expresan las relaciones semánticas entre ellos
Paciente	Es el beneficiario de la asistencia sanitaria
Seguridad del paciente	La reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con el cuidado de salud al nivel/grado mínimo aceptable
Acción de mejoría	La acción tomada en circunstancias alteradas para la mejoría o para la compensación de cualquier daño después de un incidente
Acciones tomadas para la reducción del riesgo	Medidas adoptadas para reducir, gestionar o controlar cualquier daño futuro o la probabilidad de daño asociado con un incidente
Análisis de causa raíz	Proceso interactivo y sistemático en el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, por medio de la reconstrucción de la secuencia de eventos y motivos cuestionados, hasta que se aclaren las causas raíz
Asistencia en salud	Servicios recibidos por individuos o por comunidades para promover, mantener, vigilar o restaurar la salud
Daño	Los daños a la estructura o función del cuerpo o cualquier otro efecto subyacente. El daño incluye la enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte
Daño asociados con el cuidado de la salud	Los daños que surjan en relación con los planes o acciones tomadas durante la atención de la salud, sin relación con enfermedades o lesiones de base
Efecto colateral	Efecto conocido, diferente a lo esperado, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento
Error	Falla en la finalización de una acción planificada o la aplicación de un plan incorrecto
Evento	Algo que sucede o que involucra a un paciente
Evitable	Aceptado por la comunidad como evitable dentro de un conjunto específico de circunstancias

Conceptos clave y términos preferenciales	Consenso
Falla del sistema	Falla, mal funcionamiento o deficiencia orgánica en los métodos o procesos operacionales o en la infraestructura de la organización
Factor contribuyente	Circunstancia, acción o influencia que participa en el origen o en el desarrollo de un incidente o que aumenta su riesgo
Factores atenuantes	Acción o circunstancia que previene o reduce la progresión de un incidente que ha causado daños al paciente
Grado de daño	Severidad y duración del daño, así como las implicaciones del tratamiento causados por el incidente
Incidente de seguridad del paciente	Evento o circunstancia que ocasiona o puede ocasionar daños innecesarios al paciente
Mejoría del sistema	Producto o resultado de los procesos, de la cultura y las estructuras destinadas a prevenir el fracaso del sistema y de la mejoría de la seguridad y de la calidad
Peligro	Circunstancia, agente o acción que pudiera causar daño
Reacción adversa	Los daños ocasionados por una acción inesperada justificada, en la que se siguió el procedimiento correcto para el contexto en que ocurrió el evento
Resultado del paciente	Impacto en el paciente, que es total o parcialmente atribuido al incidente
Riesgo	La probabilidad de ocurrencia de un incidente
Tipo de incidente	Término para una determinada categoría de incidentes de la misma naturaleza, agrupados bajo un consenso por características comunes

Los conceptos propuestos (siguiendo la premisa de que una clasificación es la organización de conceptos en clases), fueron introducidos de manera gradual para permitir que su comprensión se construya a partir de los conceptos contenidos en el título de la CISP (clasificación-paciente-seguridad).

Dada la disponibilidad anteriormente citada, se transcriben en este capítulo términos y conceptos claves considerados como esenciales para la práctica de los profesionales de la salud, a partir del presupuesto de las palabras de los autores de que "...este trabajo representa el comienzo de un proceso continuo de mejoría de la comprensión internacional de los términos y conceptos relevantes para la seguridad del paciente".(10)

Para su publicación en esta obra, las autoras realizaron una traducción libre y textual, partiendo del presupuesto de Runcinam, et al.:(10)

*La versión en línea de este texto se ha publicado bajo un modelo de acceso abierto. Los usuarios tienen derecho para usar, reproducir, difundir o mostrar la versión de acceso abierto para fines no comerciales siempre que: la autoría original sea correcta y plenamente registrada, el Diario y Oxford University Press se atribuyan como el lugar original de la publicación con los detalles de la cita correcta dado, si un texto es posteriormente reproducido o no se difunden en su totalidad, sino sólo en parte o en su trabajo derivado de esto debe estar claramente indicado.*

Sin embargo, como la OMS tiene los derechos de la información publicada y se ofrecen públicamente las guías de su utilización, de acuerdo con la Convención de Berna que regula la protección de obras literarias y artísticas sobre los derechos de autor, expresa en su página web que:(12)

*[...] puede reseñar, reproducir o traducir con fines de investigación o de estudio privado, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales. En todo uso que se haga de esta información se deberá indicar que la fuente es la OMS, y se citará el localizador uniforme de recursos (URL) del artículo. La reproducción o la traducción de partes sustanciales del sitio web, o cualquier otro uso con fines educativos u otros fines no comerciales, requiere autorización previa por escrito.*

## **Iniciativa canadiense de definiciones de términos de seguridad del paciente**

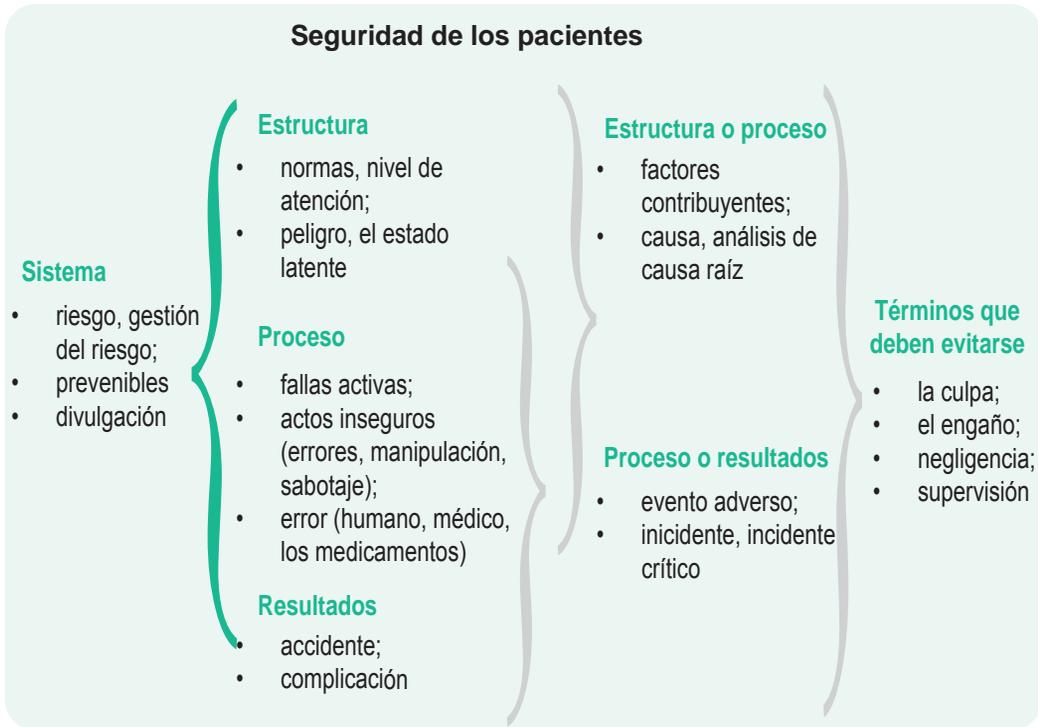
En su Conferencia Anual del año 2001, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada reconoció la necesidad de discutir la seguridad del paciente en aquel país. Se formó entonces un comité llamado *National Steering Committee on Patient Safety*, que, en el año 2002, inició un trabajo de desarrollo de un lenguaje común para el entendimiento de términos considerados como importantes en relación con la seguridad de los pacientes.

El resultado fue la elaboración del *Diccionario Canadiense de la Seguridad del Paciente*, documento de 59 páginas al que se puede acceder en texto completo a través de su página web.(11)

El diccionario fue presentado a tres grandes comunidades con el fin de permitir el acceso y entendimientos de los términos utilizados en la seguridad del paciente. La primera estuvo representada por la comunidad de profesionales de la salud, como enfermeros, médicos, farmacéuticos y administradores hospitalarios; la segunda, compuesta por investigadores, profesores de cursos sobre el cuidado de la salud, abogados y órganos reguladores, y la tercera, fue básicamente el público en general. Para su elaboración se aplicaron las referencias en el campo de la salud de Australia, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de Norteamérica.

Su organización no está en orden alfabético, sin embargo los términos están agrupados en un diagrama alrededor del Sistema; otros reflejan la Estructura, Proceso y Resultados; otros solamente la Estructura y Proceso; mientras que otros están en Procesos y Resultados, en el sistema de salud, conforme muestra la figura 2.(11)

**Figura 2. Diagrama esquemático de los términos utilizados en el Diccionario Canadiense(11)**



En el diccionario se presenta el término, su definición en el diccionario de lengua inglesa, definición en diccionario del sistema de salud y literatura médica (si los hubiera), su uso en la literatura y algunas recomendaciones de uso.

Se destaca además la recomendación de no usar ciertas palabras en las discusiones relacionadas con temas de la seguridad del paciente, tales como *blame* (culpa), *fault* (falta), *negligence* (negligencia), *recklessness* (descuido).

## Conclusión

Para concluir este capítulo es importante recordar que el lenguaje de la salud —difícil y complejo— no difiere del ambiente en donde se presta el cuidado al paciente. El ritmo acelerado en el que acontece la comunicación del siglo XXI conlleva la imperiosa necesidad del uso en salud de un lenguaje claro, conciso y culturalmente aceptable en cualquier lugar donde se proporciona atención al paciente.(14)

Esta premisa aplica no sólo para la mejoría del cuidado a la salud, sino también para mejorar la calidad de la investigación, de la educación y de la producción científica.

También cuestiones relacionadas con el costo de la atención de salud requieren que se haga de la comunicación una herramienta universal de gestión. Se están llevando a cabo muchos esfuerzos y de múltiples fuentes, incluyendo a los contribuyentes, para que se desarrolle un lenguaje común para eventos adversos en salud. De la misma forma, en organizaciones de salud, especialmente de cuidados intensivos, existen iniciativas para la recopilación de información sobre la incidencia y causas de los eventos adversos, en una acción proactiva para identificar y relatar sus eventos con la intención de complementar informaciones y, con los datos adicionales, conducir a la reducción de la morbimortalidad, y a actividades que lleven a la mejoría de la seguridad del paciente(14) y a la disminución de los costos hospitalarios.

Otro importante factor a considerar son las diferencias entre los conceptos operacionales en salud en las diferentes culturas. La inmigración es una realidad en todo el mundo y a lo largo del último decenio se ha producido un aumento en la movilidad de los individuos desde países en desarrollo hacia países desarrollados. Estas diferencias culturales resaltan la importancia del análisis conceptual que adapta la equivalencia y traducción de instrumentos.

Las barreras del idioma y las creencias culturales influyen en la capacidad de las personas para comprender y responder a las diferentes cuestiones de la vida cotidiana alrededor del mundo y no es diferente cuando esta población recibe cuidados de salud.(15)

Investigaciones actuales sobre los errores en la asistencia a la salud se concentran casi de manera exclusiva en el sistema y error médico. Buetow y cols.(16) creen que dichas investigaciones tienden incluso a excluir los factores relacionados con el paciente como un factor causal de los errores que influyen en su salud. Estos autores cuestionan el lugar del paciente en la perspectiva del error del sistema de salud en la atención primaria, pues pacientes y cuidadores también cometen errores. Refieren que en casi todas las taxonomías existentes sobre errores médicos, no se discute la contribución del paciente para el error, o reconocen esta contribución de manera superficial.

En esta perspectiva, los autores construyen una taxonomía de errores del paciente, como una tentativa inicial de entender y reconocer cómo los pacientes pueden errar y la manera en que los profesionales de la salud deben tratar de influenciar para ayudar a los pacientes a actuar de manera segura. Incluye un sistema de tres niveles, con 70 errores en ocho grandes categorías que se reducen a dos áreas: errores de acción y errores mentales. Los errores de acción del paciente son conceptuados como errores resultantes del comportamiento del paciente, sea de manera parcial o total. Los errores mentales son errores en los procesos de pensamiento del paciente. Ésta es una clasificación preliminar que destaca y apoya la necesidad de mayor investigación para distinguir los tipos de errores que los pacientes pueden cometer.(16)

Este enfoque sugiere una nueva mirada en el caso de un evento adverso en salud que, como se ha mencionado, requiere de mayor investigación y un amplio y permanente diálogo entre la comunidad científica, los pacientes y la sociedad.

Es necesario que paciente, médico y los errores del sistema no se constituyen en categorías separadas de error.

## Referencias

1. Alves FA. Gestão do conhecimento uma ferramenta de apoio ao exercício da função de controle externo. *Rev Controle*. 2006 Dez;VI(1):59-61 [consultado el 02 de febrero de 2011]. Disponible en: [[http://www.tce.ce.gov.br/sitetce/arq/RevistaControle/2006/19\\_ARTIGO\\_ARNOUDO.pdf](http://www.tce.ce.gov.br/sitetce/arq/RevistaControle/2006/19_ARTIGO_ARNOUDO.pdf)].
2. World Health Organization (WHO). Taxonomy. International Classification for Patient Safety (ICPS);2009:42-5 [consultado el 30 de diciembre de 2009]. Disponible en: [<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>].
3. Terraforum Consultores. Biblioteca Terraforum. Gestão do Conhecimento [Internet]. ©2011 [actualización 2011; consultado el 02 de febrero de 2011]. Terra JCC, Schoueri R, Vogel MJ, Franco C. Taxonomia: elemento fundamental para gestão do conhecimento; 4 p. Disponible en:
4. [[http://biblioteca.terraforum.com.br/BibliotecaArtigo\\_libdoc00000124v002\\_Taxonomia\\_%20conceitos\\_confusoes.pdf](http://biblioteca.terraforum.com.br/BibliotecaArtigo_libdoc00000124v002_Taxonomia_%20conceitos_confusoes.pdf)].
5. World Alliance for Patient Safety. The International Classification for Patient Safety (ICPS). Taxonomy: more than words. 2009 [actualización 2009; consultado el 02 de febrero de 2011]. Disponible en: [<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>].
6. Institute of Medicine. Patient Safety: achieving a new standard of care. Washington, D.C.: National Academy Press; 2003.
7. Chang A, Schyve PM, Crouteau RJ, O'Leary D, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Inter J Qual Heal Care*. 2005;17(2):95-105.
8. Harada MJCS. Segurança do paciente-classificações e definições. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. São Caetanodo Sul: Yendis; 2009. p. 33-43.
9. Tamuz M, Thomas EJ, Franchois. Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Health Care*. 2004 Feb;13(1):13-20.
10. World Health Organization (WHO) [Internet]. International Classification for Patient Safety (CISP): Statement of Purpose. 2009 Feb [consultado el 01 de febrero de 2011]. Disponible en: [[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/CISP\\_statement\\_of\\_purpose.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/CISP_statement_of_purpose.pdf)].
11. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *J Qual Health Care*. 2009 Feb;21(1):18-26.
12. World Health Organization (WHO) [Internet]. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente: más que palabras - Versión 1.1. Ginebra: WHO; 2009 Ene. [consultado en marzo de 2011]. Disponible en: [[www.who.int/entity/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)].
13. World Health Organization (WHO) [Internet]. Derecho de Autor. Ginebra: WHO; 2011 [consultado el 12 de mayo de 2011]. Disponible en: [<http://www.who.int/about/copyright/es/>].

14. Davies JM, Hébert P, Hoffman C. The Canadian Patient Safety Dictionary. Toronto: AHRQ; Oct 2003 [consultado el 01 de febrero de 2011]. Disponible en: [<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1436>].
15. Tackling patient safety taxonomy: a must for risk managers. *J Healthc Risk Manag.* 2008;28(1):7-17.
16. Sidani S, Guruge S, Miranda J, Ford-Gilboe M, Varcoe C. Cultural adaptation and translation of measures: an integrated method. *Res Nurs Health.* 2010;33(2):133-43.
17. Buetow S, Kiata L, Liew T, Kenealy T, Dovey S, Elwyn G. Patient error: a preliminary taxonomy. *Ann Fam Med.* 2009;7(3):223-31.