



TRABAJO FIN DE MÁSTER PROFESIONAL

ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO EN LA ASIGNATURA PRÁCTICAS PROFESIONALES

Estudiante: Ana María Márquez Pérez

Tutor: José Luís Martí

Curso: 2014-2015

INDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	3
2.	Texto origen y texto meta enfrentados.....	7
3.	Comentario traductológico.....	20
	3.1 Actividad como terminóloga.....	20
	3.2 Actividad como traductora.....	21
	3.2.1 Problemas de traducción.....	22
	3.2.2 Problemas lingüísticos relativos al léxico.....	23
	3.2.3 Problemas lingüísticos relativos a la morfosintaxis.....	27
	3.2.4 Problemas lingüísticos relativos al estilo.....	31
	3.2.5 Problemas lingüísticos relativos al texto.....	33
	3.2.6 Problemas extralingüísticos.....	35
	3.2.7 Problemas pragmáticos.....	36
4.	Glosario.....	38
5.	Textos paralelos utilizados.....	65
6.	Recursos y herramientas utilizadas.....	67
7.	Conclusión.....	69
8.	Bibliografía completa.....	70

1. INTRODUCCIÓN

La idea de traducción no es para nada una concepción moderna en la historia. Hurtado (2001:100) esboza una referencia histórica ya directa a etnógrafos y antropólogos que mostraban cómo en las tribus más recónditas existía un indígena que conocía lenguas y que facilitaba la comunicación a los integrantes de la comunidad, haciendo siempre las veces de intérprete. Pasos similares a los documentados a lo largo de la historia son los que en la actualidad se siguen marcando en el desarrollo de nuestra disciplina que es la traducción.

En las últimas décadas hemos asistido a una fragmentación de la T&I. Hemos de aclarar, que con el concepto de «fragmentación», nos referimos a la multitud de ramas o campos temáticos que abarca esta disciplina, llegando a adoptar un carácter interdisciplinar. El propósito de este Máster no es otro que el de infundir unas bases temáticas y disciplinarias de cara a una de las ramas con mayor auge en la actualidad en el campo traductoril e íntimamente relacionada con la propia naturaleza humana: la traducción médicosanitaria en su lengua vehicular el inglés, en detrimento del latín y del griego, lenguas muertas cuyo interés se limita ya al ámbito etimológico. Bertha M. Gutiérrez y Fernando A. Navarro (2014: introducción) manifiestan de forma explícita la importancia de las ideas que intentamos esbozar en esta introducción:

La comunicación especializada entre colegas y con otros profesionales biosanitarios; el encuentro entre el médico y los pacientes, familiares o acompañantes; el flujo de conocimiento especializado entre profesores o maestros y alumnos o discípulos; la divulgación de saberes médicos y sanitarios al conjunto de la sociedad..., nada de ello sería posible sin recurrir al lenguaje.

Si partimos de la base de que en la actualidad saber traducir no se limita al conocimiento de lenguas sino al abordaje de esta disciplina desde perspectivas muy diversas, los problemas prácticos del traductor no son exclusivamente lingüísticos, lo cual no implica que estos sean una parte desdeñable en el análisis de la actividad traductora (García Izquierdo, 2012). Todo traductor conoce que el proceso de traducción toma su raíz en la percepción conceptual que puede estar influida por otros parámetros tales como la situación comunicativa, la tipología textual, la terminología o la cultura del texto de partida y de llegada. En el proceso que hemos llevado a cabo en esta parte práctica del Máster, no se han abordado los aspectos culturales porque el lenguaje médico se caracteriza por poseer una jerga común y un lenguaje unívoco; pero sí se han tomado

como referencia todas las alusiones posibles a la terminología y fraseología tanto en el proceso previo como en el proceso de traslación propiamente dicho, así como otros aspectos que se detallarán en epígrafes posteriores.

Por lo tanto, el objeto del presente Trabajo de fin de Máster es el de recopilar de forma detallada los escollos encontrados, la metodología adoptada y otros detalles que acompañaron al proyecto de traducción de la obra *The Renal System at a Glance (Third edition)*, que la editorial Panamericana encomendó en calidad de cliente a los integrantes del periodo de prácticas de esta edición de Máster y que fue desarrollado durante los meses de mayo y junio del 2015.

Antes de proceder con el comentario exhaustivo de nuestra experiencia en la práctica traductora, se ha de hacer referencia a los aspectos relacionados con el encargo de traducción. El primero de ellos hace referencia al concepto de género textual. A este respecto, García Izquierdo (2002: 136) sostiene que se trata de la «forma convencionalizada de texto que posee una función específica en la cultura en la que se inscribe y refleja un propósito del emisor previsible por parte del receptor». Esta concepción es similar a la de Gamero (2001), que incluye la figura del traductor de forma explícita al argumentar que el concepto de género es la respuesta usada por los investigadores para explicar dicho fenómeno y que aunque no resulta de gran interés por el lector general, tiene importantes consecuencias para el traductor.

A propósito de la información aportada por estas autoras, vemos cómo el autor de *The Renal System at a Glance (Third edition)* sí ofrece una aproximación a este concepto en la introducción de la obra, que nos puede servir de guía para poder inferir el tipo de género al que nos enfrentamos en este caso (Greenstein y Wood, 2011:7)

This book is principally aimed at students, but as with previous editions, it should also be useful to doctors, nurses, or other health-care professionals who wish to learn about or update themselves on the kidney renal system in health and disease.

Además del género, existen otros muchos aspectos que se derivan del estudio de un texto y que nos pueden ayudar a inferir otros aspectos relevantes para el proceso de traducción. A este respecto, Gamero (2001: 50) afirma que:

Si observamos con detenimiento un texto, por lo general no resulta demasiado difícil darse cuenta de cuál es el campo temático al que pertenece: ciencia, técnica, derecho, economía [...]. Pero lo interesante es que al mismo tiempo, y sin saberlo,

ponemos en marcha un proceso que nos permite distinguir ciertas características relativas al formato y al tipo de lenguaje utilizado. Se trata de rasgos que hemos llegado a asimilar gracias a nuestra experiencia como lectores de textos, y que reconocemos como una serie de ellos.

Sin embargo, elementos como el género textual y el campo temático, no son ni elementos aislados ni definen un encargo de traducción, sino que condicionan otros aspectos imprescindibles en un texto: el registro, resultado de la interacción del campo (tema), el tenor (relación entre los participantes del acto comunicativo, es decir, el emisor y el receptor) y el modo (forma de comunicar el mensaje, sea por vía oral o escrita), tal y como describe el modelo de Halliday (Munday, 2012).

Por lo tanto, nos encontraríamos ante un manual de corte académico (género) perteneciente al campo médico de la nefrología. El emisor sería un grupo de especialistas que pretende informar a un nutrido sector que abarca desde legos a especialistas en la materia (receptor que hemos citado con anterioridad). El modo en el que se comunicaría el mensaje sería a través del texto escrito combinado con gráficos e imágenes.

Una vez esbozados los detalles del encargo de traducción, describiremos la tarea personal realizada durante el proceso de prácticas. Una vez recibido el encargo por parte de la editorial Panamericana y recibido el texto a traducir, el grupo de profesores con Ignacio Navascués a la cabeza dividió el número de alumnos de prácticas en nueve grupos formado cada uno de ellos por cinco componentes. La finalidad de esta distribución fue permitir que colaborásemos en grupo y aprendiéramos los unos de los otros, ya que al fin y al cabo todos éramos traductores en un mercado ficticio y seremos traductores en un mercado real. A la cabeza de cada grupo se encontraba un redactor, encargado de elaborar un calendario de trabajo para el grupo y de revisar los fragmentos traducidos, un investigador que se encargaba de la búsqueda documental y de la consulta de las frecuencias y uso de los términos y tres compañeros más, que no solo traducirían, sino que apoyarían al investigador y al revisor en sus menesteres. A título personal, he de decir que tuve la especial suerte de ser nombrada investigadora de grupo, tarea que intenté cumplir en la medida de mis posibilidades.

Los capítulos asignados para traducir fueron: el capítulo 48 titulado *Renal tract stones* y la segunda parte del capítulo 33 titulado *Proteinuria and the nephrotic syndrome*. El primero de ellos versaba sobre los cálculos en las vías urinarias y sus diversos tipos,

partiendo desde el cuadro clínico hasta las formas de diagnóstico, mientras que el segundo describía las diversas manifestaciones del síndrome nefrótico y su tratamiento.

A pesar de que los textos a traducir eran muy atractivos, los estudiantes no nos zambullimos directamente en esta tarea, sino que con la colaboración de los profesores, realizamos un cribado de términos de la obra, para crear una posterior base de datos terminológica (en adelante BT). Esta tarea fue sin duda realmente intensa para el investigador de cada grupo, que además tuvo que encargarse de la traducción de los términos siglados. Una vez finalizada esta tarea y mediante la guía de nuestro revisor, maquetamos el texto, nos familiarizamos con la herramienta de traducción MemoQ y estudiamos los capítulos en profundidad. El periodo de traducción abarcó unos 15 días, en los que tradujimos unas 100-150 palabras diarias hasta alcanzar el total del encargo (1500 palabras aproximadamente); que posteriormente cada alumno revisaría con el redactor. Una vez finalizado el calendario de prácticas, los capítulos fueron enviados al foro de revisión donde el grupo de profesores junto con la editorial evaluarían el resultado final.

2. TEXTO ORIGEN Y TEXTO META ENFRENTADOS

En este epígrafe se presenta la versión final de la traducción del capítulo 48 de la obra *The Renal System at Glance (Third edition)*, así como la segunda parte del capítulo 33, destinadas a evaluación por parte del equipo docente de prácticas. El texto se distribuye en dos columnas paralelas en formato monocolor (negro), aunque la versión a evaluar se entregase en formato bicolor (azul para el TO y negro para el TM), y en una tabla con párrafos alternados dispuestos en celdas para facilitar una lectura y corrección equilibradas.

La versión del TO que incluimos a continuación se obtuvo tras un proceso de filtrado intensivo, ya que el texto que la editorial puso a nuestra disposición se encontraba en formato Pdf y hubo de ser sometido a un programa de reconocimiento de textos (OCR) para que la información se pudiera estructurar en capítulos. Como consecuencia del uso de este programa, el texto obtenido en formato Word se generó con una serie de erratas, por lo que fue necesaria una comparación con el original y un proceso de corrección previo al análisis y traducción posterior.

En cuanto a la distribución de la información contenida en las imágenes combinadas con texto que aparecen en el inicio del capítulo 48, esta se ha dispuesto en una tabla comparativa al final del capítulo, muy similar a la que alberga el TO y el TM. Este formato fue adoptado, tal y como detallaremos en el apartado de metodología para facilitar la inclusión del texto en memoQ, herramienta de traducción asistida con la que se elaboró el proyecto de traducción. De igual forma, se han eliminado todas las pautas relativas a la fuente del texto, los espacios y las sangrías relativas a la plantilla a la que se adaptó el texto al comienzo del proyecto, salvo en los casos de la negrita y la cursiva.

-Capítulo 48 completo

Texto origen	Texto meta
48. Renal tract stones	48. Cálculos en las vías urinarias
Urinary stasis, infection, and indwelling catheters all promote stone formation. Stones form if stone-forming substances	La estasis urinaria, la infección y las sondas permanentes favorecen la formación de cálculos renales. Los cálculos se forman

<p>reach high enough concentrations to crystallize out of solution. However, debris or other crystals can promote crystal growth at lower concentrations. Urinary citrate inhibits stone formation by forming soluble complexes with calcium. Rare renal chloride channel mutations can cause stones (see Chapter 16). Nephrocalcinosis describes diffuse renal calcium deposition, mainly in the medulla. Causes of nephrocalcinosis include hyperparathyroidism, distal renal tubular acidosis, and medullary sponge kidney (MSK), a rare developmental disorder.</p>	<p>cuando las sustancias que los componen alcanzan concentraciones lo suficientemente altas como para cristalizar en la solución. No obstante, la presencia de residuos u otros cristales puede facilitar el crecimiento de los cristales a concentraciones menores. El citrato urinario inhibe la formación de cálculos al crear complejos solubles con el calcio. Algunas mutaciones raras del canal del cloro pueden producir cálculos (véase el capítulo 16). La nefrocalcinosis se caracteriza por el depósito difuso de calcio en los riñones, principalmente en la médula. Entre las causas de la nefrocalcinosis se incluyen el hiperparatiroidismo, la acidosis tubular renal distal y el riñón en esponja medular (MSK), un raro trastorno del desarrollo.</p>
<p>Clinical presentation</p>	<p>Cuadro clínico</p>
<p>Stones can cause recurrent infection, renal impairment, or hematuria. Acute obstruction causes renal colic with intense flank pain, often radiating to the groin, and sometimes nausea, vomiting, abdominal discomfort, dysuria, renal tenderness, and hematuria. Obstruction stretches the renal capsule, causing severe pain with increased renal prostaglandin E₂ production. If there is good renal function, non-steroidal antiinflammatory drugs are, therefore, effective analgesics. Stones can lodge in</p>	<p>Los cálculos pueden causar infección recidivante, alteración de la función renal o hematuria. La obstrucción aguda produce cólicos nefríticos con un dolor intenso en la fosa lumbar, que a menudo se irradia a la zona inguinal, y en ocasiones provoca náuseas, vómitos, molestias abdominales, disuria, puñopercusión positiva y hematuria. La obstrucción genera la distensión de la cápsula renal, lo que se traduce en un dolor intenso y un incremento de la producción renal de prostaglandina E₂. Cuando la función renal</p>

<p>the ureter at the pelviureteric junction, at the pelvic brim, or at the ureterovesical junction. The renal pelvis refers pain to the loin and back, the lower ureter to the testis or labium majus, and the lowest pelvic part of the ureter to the tip of the penis or perineum. Bladder stones can halt urine flow suddenly, with penile or perineal pain which may be relieved by lying down.</p>	<p>es adecuada, los antiinflamatorios no esteroideos son analgésicos efectivos. Los cálculos pueden alojarse en el uréter en la unión pieloureteral, en el borde pélvico o en la unión ureterovesical. La pelvis renal refiere dolor a la fosa lumbar y a la espalda; la parte inferior del uréter, a los testículos o a los labios mayores; y el extremo inferior de la porción pélvica del uréter, a la punta del pene o al perineo. Los cálculos vesicales pueden interrumpir el flujo urinario de forma brusca y se manifiestan con dolor en el pene o en el perineo, que se puede aliviar al tumbarse.</p>
<p>Calcium stones</p>	<p>Cálculos de calcio</p>
<p>These are the commonest type and contain calcium oxalate, calcium phosphate, or both. Predisposing factors are low urine volume, high urine calcium, high urine oxalate, and a low urine citrate level. Hypercalciuria occurs in 65% of patients with stones. It is usually idiopathic and associated with increased intestinal calcium absorption, obesity, and hypertension. Fluid intake should be increased and calcium, sodium and animal protein intake decreased. Thiazides inhibit calcium excretion and potassium or citrate levels are corrected with potassium citrate. Excess calcium intake or any cause of hypercalcemia can cause hypercalciuria, especially primary hyperparathyroidism. Excess dietary</p>	<p>Son el tipo de cálculo más habitual y contienen oxalato cálcico, fosfato cálcico o ambos. Los factores predisponentes son: volumen urinario bajo, altas concentraciones de calcio y oxalato en la orina y concentración baja de citrato en la orina. La hipercalciuria afecta al 65% de los pacientes con cálculos. Por lo general, es de origen idiopático y se asocia al aumento de la absorción intestinal de calcio, la obesidad y la hipertensión. Se debe aumentar el aporte hídrico y reducir la ingesta de calcio, sodio y proteínas de origen animal. Las tiazidas inhiben la excreción de calcio y el citrato potásico corrige los niveles de potasio o de citrato. Una ingesta excesiva de calcio o cualquier causa de hipercalcemia pueden provocar</p>

<p>sodium raises urine calcium levels by lowering proximal tubule sodium reabsorption and co-transport of calcium. Animal protein intake increases urine calcium levels. Oxalate is a metabolic end-product excreted in the urine. Hyperoxaluria can result from excess dietary intake, excess colonic absorption with ileal disease, or from inborn errors of metabolism. Hypocitraturia can be idiopathic or result from distal renal tubular acidosis, which causes excess mitochondrial metabolism of citrate.</p>	<p>hipercalciuria, en particular el hiperparatiroidismo primario. El exceso de sodio en la dieta aumenta la calciuria al reducir la reabsorción tubular proximal de sodio y el cotransporte de calcio. La ingesta de proteínas de origen animal incrementa la calciuria. El oxalato es un producto final del metabolismo que se excreta en la orina. La hiperoxaluria puede estar causada por la ingesta alimentaria excesiva, la hiperabsorción colónica asociada a una enfermedad ileal o errores congénitos del metabolismo. La hipocitraturia puede ser idiopática o debida a una acidosis tubular renal distal que provoca un exceso en el metabolismo mitocondrial del citrato.</p>
<p>Urate stones</p>	<p>Cálculos de urato</p>
<p>Sodium urate is relatively insoluble at acid pH. Most cases are idiopathic with normal blood and urine urate levels, but often with acidic urine. Treatment involves reducing the dietary purine intake, increasing the urine volume, and urine alkalization with sodium bicarbonate or potassium citrate. Allopurinol inhibits urate production. Secondary causes include inborn errors of purine metabolism and rapid cell turnover or death, especially during cancer chemotherapy. Good hydration and sometimes alkalization provide prophylaxis. Acid urine is produced when there is loss of alkaline bowel</p>	<p>El urato sódico es relativamente insoluble a pH ácido. La mayoría de los casos son idiopáticos y con concentraciones normales de urato en la sangre y en la orina, pero a menudo presentan orina ácida. El tratamiento consiste en la reducción de la ingesta de purinas de la dieta, el aumento del volumen urinario y la alcalinización urinaria mediante bicarbonato sódico o citrato potásico. El alopurinol inhibe la producción de urato. Las causas secundarias incluyen errores congénitos del metabolismo de las purinas y el rápido recambio o muerte celular, especialmente durante la quimioterapia para el cáncer. Una buena hidratación y, en ocasiones, la</p>

<p>contents as a result of diarrhea, an ileostomy, or laxative abuse.</p>	<p>alcalinización proporcionan profilaxis. La orina ácida se produce cuando hay una pérdida de contenido alcalino intestinal como consecuencia de diarrea, una ileostomía o el abuso de laxantes.</p>
<p>Cystine stones</p>	<p>Cálculos de cistina</p>
<p>An autosomal recessive defect in the dibasic amino acid transporter reduces tubular cystine reabsorption, causing <i>cystinuria</i>. Cystine is relatively insoluble, especially at acid pH. Prophylaxis consists of a good fluid intake and alkalization with sodium bicarbonate. Dimethylcysteine (D-pencillamine) cleaves cystine into soluble components.</p>	<p>Un defecto autosómico recesivo en el transportador de aminoácidos dibásicos reduce la reabsorción tubular de cistina, lo que provoca cistinuria. La cistina es relativamente insoluble, sobre todo a pH ácido. La profilaxis consiste en un buen aporte hídrico y la alcalinización con bicarbonato sódico. La dimetilcisteína (D-penicilamina) descompone la cisteína en componentes solubles.</p>
<p>Infection stones</p>	<p>Cálculos infecciosos</p>
<p>These are often large staghorn calculi containing magnesium ammonium phosphate and calcium phosphate. Infection, usually with <i>Proteus</i> species, produces urease, which splits urea to produce ammonium ions. The rise in pH promotes calcium phosphate crystallization, and the ammonium crystallizes with magnesium and phosphate. Treatment involves stones removal, antibiotics, and screening for an underlying stone-forming predisposition.</p>	<p>Suelen ser cálculos coraliformes de gran tamaño, que contienen fosfato amónico-magnésico y fosfato cálcico. La infección, causada habitualmente por especies de <i>Proteus</i>, produce ureasa, que degrada la urea para producir iones amonio. El aumento de pH facilita la cristalización del fosfato cálcico y el amonio cristaliza con el magnesio y el fosfato. El tratamiento consiste en la eliminación de los cálculos, antibióticos y el cribado de una posible predisposición subyacente a la formación de cálculos.</p>

Acute investigation and treatment	Pruebas diagnósticas de emergencia y tratamiento
<p>Plain radiography may show radio-opaque stones. Ultrasonography detects all stone types. Radiocontrast dye injected into the collecting system, by retrograde cannulation of the ureter or percutaneous puncture of the renal pelvis, can demonstrate the site of the obstruction. Exclude urinary infection and check renal function. Stones less than 6 mm in diameter usually pass spontaneously, but stones more than 1 cm will not. Obstruction must be relieved. Stones can be removed by extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL), endoscopically, percutaneously, or by conventional surgery. ESWL aims shock waves at the stone through the skin, but can be complicated by bleeding and sepsis.</p>	<p>La radiografía simple puede mostrar los cálculos radiopacos, mientras que la ecografía detecta cualquier tipo de cálculo. La inyección de un medio de contraste radiológico en el sistema colector, mediante la cateterización retrógrada del uréter o punción percutánea de la pelvis renal, puede mostrar el punto de obstrucción. Se debe descartar la infección urinaria y comprobar la función renal. Los cálculos de menos de 6 mm de diámetro suelen salir espontáneamente, no así los de más de 1 cm. Se debe desobstruir la vía urinaria. Los cálculos pueden eliminarse mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) o por vía endoscópica, percutánea o quirúrgica clásica. La LEOC dirige ondas de choque al cálculo a través de la piel, pero puede presentar complicaciones como hemorragia y sepsis.</p>
Investigation of patient with stones	Pruebas diagnósticas para pacientes con cálculos
<p>History and clinical examination should exclude bowel disease, diarrhea, and the use of antacids and diuretics. Diet should be assessed for fluid, protein, sodium, calcium, oxalate, purine, and vitamin D intake, and a family history should be taken. Stones should be</p>	<p>Mediante la anamnesis y la exploración física se deben descartar enteropatías, diarrea y el uso de antiácidos y diuréticos. Se debe evaluar la ingesta dietética de líquidos, proteínas, sodio, calcio, oxalato, purina y vitamina D. Asimismo, se deben recoger los antecedentes familiares. Se</p>

<p>analysed to determine their constituents. Baseline investigations include urinalysis, serum calcium, phosphate, urate, creatinine, and urea. Recurrent stone formation merits 24-h urine collections for volume, osmolality, calcium, phosphate, oxalate, citrate, urate, sodium, creatinine, pH, as well as serum sodium, potassium, chloride and bicarbonate.</p>	<p>deben analizar los cálculos para determinar su composición. Las pruebas iniciales incluyen análisis de orina y concentraciones séricas de calcio, fosfato, urato, creatinina y urea. La formación recidivante de cálculos justifica la recogida de orina de 24 horas para medir el volumen, la osmolalidad, el calcio, el fosfato, el oxalato, el citrato, el urato, el sodio, la creatinina, el pH, así como las concentraciones séricas de sodio, potasio, cloruro y bicarbonato.</p>
--	--

Figura P.106:

Renal tract stones	Cálculos en las vías urinarias
Stone type	Tipo de cálculo
Percentage of patients	Porcentaje de pacientes
Visible on X-ray	Visibilidad radiológica
Risk factors in urine	Factores de riesgo en orina
Secondary causes	Causas secundarias
Calcium	Calcio
80	80
Yes	Sí
Ca ²⁺ ↑	Ca ²⁺ ↑
pH↑	pH↑
Oxalate↑	Oxalato↑

Citrate↓	Citrato↓
Volume↓	Volumen↓
Ca ²⁺ ↑	Ca ²⁺ ↑
Malignancy	Neoplasias malignas
Sarcoidosis	Sarcoidosis
Vitamin D intake	Ingesta de vitamina D
Oxalate↑	Oxalato↑
Primary hyperoxaluria type 1	Hiperoxaluria primaria de tipo 1
Ileal disease	Enfermedad ileal
Citrate↓	Citrato↓
Distal renal tubular acidosis	Acidosis tubular renal distal
Urate	Urato
10	10
No	No
Urate↑	Urato↑
pH↓	pH↑
Volume↓	Volumen↓
With blood urate↑	Urato en sangre↑
Cell death	Muerte celular
Inborn metabolic defects	Errores congénitos del metabolismo
Gout	Gota
With blood urate normal-probenicid	Uratos en sangre normal: probenecid

Acid urine-gut disease	Orina ácida: enteropatía
Cystine	Cistina
2	2
Weakly	Limitada
Cystine↑	Cistina↑
Cystinuria	Cistinuria
Infection	Infección
5	5
Yes	Sí
pH↑ infection	Infección pH↑
Urea-splitting bacteria-Proteus	Bacterias que desdoblan la urea: <i>Proteus</i>
Others	Otros
3	3
Xanthinuria	Xantinuria
Drugs	Fármacos
Metabolic defects	Defectos metabólicos

Endemic areas of stone disease	Zonas endémicas de cálculos renales
Stretch	Distensión
NSAIDs	AINE
PGE ₂	PGE ₂
Pressure↑	Presión↑

Pelviureteric junction	Unión pieloureteral
Pelvic brim	Borde pélvico
Vesicoureteric junction	Unión ureterovesical
Pain	Dolor
Tenderness	Puñopercusión positiva
Hematuria	Hematuria
Note: Stones are indicated by white arrows. c, cyst.	Nota: Los cálculos están señalados con flechas blancas. c, quiste.

Radiograph of stones	Radiografía de los cálculos
Ultrasound of stones	Ecografía de los cálculos

-Capítulo 33: segunda parte

Clinical features of the nephrotic syndrome	Manifestaciones clínicas del síndrome nefrótico
Nephrotic patients usually present with edema. Their urine may be frothy because of its high protein content. The most common causes are minimal change glomerulonephritis in children and membranous nephropathy or focal segmental glomerulosclerosis in adults (see Chapter 30). A prothrombotic state, hypertension, and hyperlipidemia all contribute to a higher incidence of ischemic heart disease in nephrotic patients. Unless there is obvious diabetic nephropathy or clinically typical	Los pacientes nefróticos suelen presentar edema y su orina puede ser espumosa debido al alto contenido en proteínas. La causa más frecuente en niños es la glomerulonefritis de cambios mínimos y en adultos, la nefropatía membranosa o la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (véase el capítulo 30). Un estado protrombótico, la hipertensión y la hiperlipidemia contribuyen a aumentar la incidencia de la enfermedad isquémica cardíaca entre los pacientes nefróticos. A menos que exista una nefropatía diabética evidente o una

childhood minimal change glomerulonephritis, a histological diagnosis is made by renal biopsy.	glomerulonefritis de cambios mínimos infantil clínicamente característica, el diagnóstico histológico se realiza mediante biopsia renal.
Renal sodium retention and edema	Retención renal de sodio y edema
Hypoalbuminemia may reduce intravascular volume leading to renal hypoperfusion and renin-mediated hyperaldosteronism (see Chapter 20).	La hipoalbuminemia puede reducir el volumen intravascular, lo que conduce a una hipoperfusión renal y a un hiperaldosteronismo por respuesta a la renina (véase el capítulo 20).
Protein loss, malnutrition, and infection	Pérdida de proteínas, desnutrición e infección
Urinary protein loss can cause negative protein balance and protein malnutrition. Patients have a tendency to infection, possibly because IgG and other immune proteins are lost in the urine. Pneumococcal infection was a particular problem, but the use of pneumococcal vaccine and prophylactic antibiotics have reduced this.	La pérdida de proteínas a través de la orina puede provocar un equilibrio negativo de proteínas y una deficiencia proteica. Los pacientes son propensos a padecer infecciones, posiblemente porque pierden IgG y otras proteínas inmunitarias a través de la orina. La infección neumocócica constituyó un problema importante, pero la vacuna antineumocócica y los antibióticos profilácticos han reducido esta complicación.
Thrombosis	Trombosis
Thromboregulatory proteins, such as, antithrombin III, protein S, and protein C, are lost in the urine, and hypoproteinemia increases liver synthesis of fibrinogen, raising fibrinogen levels. These changes promote venous thrombosis, especially in the renal and deep leg veins. Pulmonary emboli can then occur. Renal vein thrombosis can cause a sudden deterioration in renal function with flank pain and hematuria.	Las proteínas de la cascada de la coagulación, tales como la antitrombina III, la proteína S y la proteína C, se pierden a través de la orina y la hipoproteinemia incrementa la síntesis de fibrinógeno por el hígado, lo que conlleva un aumento de los niveles del mismo. Estos cambios favorecen la trombosis venosa, especialmente de la vena renal y de las venas profundas de las piernas, lo que puede conducir a la formación de émbolos pulmonares. La trombosis de la vena renal puede provocar un deterioro repentino de la función renal, con dolor en la fosa lumbar y hematuria.

Hyperlipidemia	Hiperlipidemia
<p>There is increased hepatic lipid and apolipoprotein synthesis and reduced chylomicron and very-low-density lipoprotein (VLDL) catabolism. These changes may result in urinary loss of liporegulatory substances and cause a rise in plasma LDL-cholesterol and VLDL. Hyperlipidemia requires diet and drug therapy, usually with a statin.</p>	<p>Existe un incremento de la síntesis de lípidos hepáticos y apolipoproteínas y un descenso del catabolismo de los quilomicrones y las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Estos cambios pueden causar la pérdida de sustancias liporreguladoras a través de la orina y provocar un aumento del colesterol LDL y de las VLDL en el plasma. La hiperlipidemia requiere tratamiento dietético y farmacológico, habitualmente mediante estatinas.</p>
Renal impairment	Alteración de la función renal
<p>Glomerular filtration is often reduced and nephrotic kidneys are vulnerable to pre-renal acute renal failure. Disruption of the normal arrangement of epithelial foot processes probably reduces the number of functional interpodocyte filtration slits. Although each slit is highly permeable, there may be a reduction in the total surface area for filtration and so fall in glomerular filtration rate (GFR).</p>	<p>A menudo la filtración glomerular disminuye y los riñones nefróticos son vulnerables a una insuficiencia renal aguda prerrenal. La alteración de la disposición habitual de los pedicelos epiteliales reduce probablemente el número de hendiduras de filtración funcionales entre los podocitos. Aunque cada hendidura es altamente permeable, puede producirse una disminución de la superficie total del área de filtración, y como consecuencia, una caída de la velocidad de filtración glomerular (VFG).</p>
Treatment	Tratamiento
<p>Any underlying renal disease process, such as a glomerulonephritis, should be treated if appropriate. Both minimal change disease and focal segmental glomerulosclerosis may respond to a course of steroids. A renal biopsy is usually performed in adults, but children are often given a course of steroids without a biopsy as the most likely cause is minimal change nephropathy (see Chapter 30). Some general measures may also be</p>	<p>Cualquier proceso patológico renal subyacente, como la glomerulonefritis, debe ser tratado si procede. La enfermedad de cambios mínimos y la glomeruloesclerosis focal y segmentaria pueden responder al tratamiento con esteroides. Por lo general, a los adultos se les realiza una biopsia renal, pero a los niños con frecuencia se les administra esteroides sin realizar la biopsia, ya que la causa más probable es una nefropatía de cambios mínimos (véase el capítulo 30).</p>

<p>useful. Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors or angiotensin receptor blockers (ARBs) often reduce proteinuria, possibly by blocking a direct effect of angiotensin II on the filtration barrier. Non-steroidal anti-inflammatory drugs such as indomethacin reduce the GFR, filtration fraction, and proteinuria, but can worsen sodium retention and trigger acute renal failure. Both ACE inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs can cause hyperkalemia. In extreme cases, renal embolization or nephrectomy has been performed to prevent severe proteinuria. Edema can be treated with sodium restriction and diuretics (see Chapter 20). Prophylactic support stocking and heparin or warfarin can help to prevent thrombosis with severe proteinuria or hypoalbuminemia.</p>	<p>Algunas medidas generales pueden ser también útiles. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA) reducen a menudo la proteinuria, posiblemente al bloquear el efecto directo de la angiotensina II sobre la barrera de filtración. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos como la indometacina reducen la VFG, la fracción de filtración y la proteinuria, pero pueden exacerbar la retención de sodio y desencadenar una insuficiencia renal aguda. Tanto los IECA como los antiinflamatorios no esteroideos pueden causar hiperpotasemia. En casos extremos, para evitar la proteinuria masiva se ha realizado una embolización renal o nefrectomía. El edema se puede tratar mediante la restricción de sodio y con diuréticos (véase el capítulo 20). El uso profiláctico de medias de compresión, así como la heparina o la warfarina pueden ayudar a prevenir la trombosis por proteinuria masiva o hypoalbuminemia.</p>
<p>Pregnancy and proteinuria</p>	<p>Embarazo y proteinuria</p>
<p>Proteinuria can also occur during pregnancy, especially from systemic lupus erythematosus. However, in the last trimester of pregnancy, pre-eclampsia can cause hypertension, edema, and proteinuria. If protein loss is high, nephrotic syndrome can result (see Chapter 50).</p>	<p>La proteinuria puede aparecer durante el embarazo, sobre todo derivada del lupus eritematoso sistémico. No obstante, en el último trimestre del embarazo, la preeclampsia puede provocar hipertensión, edema y proteinuria. Si la pérdida de proteínas es alta, puede derivar en síndrome nefrótico (véase el capítulo 50).</p>

3. Comentario traductológico

Durante el desarrollo de las prácticas del presente Máster, se han desempeñado diversas tareas en torno a la consecución de la traducción asignada en prácticas y que se pretenden reflejar en este epígrafe. En primer lugar, se llevó a cabo una tarea de investigación terminológica previa a la traducción, ya no sólo a nivel grupal, sino también a nivel individual. Con posterioridad, se llevó a cabo la tarea de traducción individual de los capítulos asignados. Por lo tanto, el comentario que realizaremos a continuación pretenderá plasmar el reflejo de las peculiaridades que se han presentado en el desarrollo de ambas tareas.

3.1 Actividad como terminóloga

-Metodología

Tras el cribado de términos que hemos mencionado en la introducción, y una vez confeccionada la lista de términos a traducir e incluir en la base terminológica, los responsables de prácticas procedieron a adjudicar al investigador de cada grupo una serie de siglas en inglés. Estos debían formar parte de un documento tras ser identificados y modificados si era necesario a partir de la obra original en inglés, desarrollados en inglés y traducidos. De igual forma y tras nuestro proceso de investigación, se debía incluir una traducción de dicha sigla, si procedía, o incluso proponer una alternativa a la ya otorgada en el proceso de cribado. Con posterioridad, esta tabla (diferente a la incluida en la primera parte del glosario del epígrafe 4) sería revisada por el profesor Ignacio Navascués y su equipo, que la incorporaría con posterioridad a la BT. En la descripción de los pormenores de esta fase, hemos decidido hacer referencia de forma breve a la importancia de las siglas ya que realmente son términos que requieren una gran dedicación previa a la fase de traducción, además de que por motivos de extensión no podemos abarcar los pormenores de todos los términos que figuran en la obra. El glosario que las contiene figurará en el epígrafe 4.

Claros (2008: 156) define las siglas como «yuxtaposiciones de iniciales de un enunciado o un sintagma que dan lugar a una formación léxica distinta». Cuando aparecen por primera vez en un texto, suele ser entre paréntesis y acompañadas del correspondiente término extenso (Vázquez y del Árbol, 2006), tal y como veremos también en los fragmentos traducidos.

Los siglas más problemáticas fueron sin duda *IgA* e *IgG*, que aunque pudieron contextualizarse de manera correcta, no fueron finalmente incluidas en la BT. Otras siglas de difícil traducción fueron:

-*MDR1* o *multidrug resistance ATPase*: en un primer momento se tradujo por MRP, cuando en español es mucho más frecuente que se conserve como en inglés, MDR1.

-*MR/MRI* o *magnetic resonance imaging*: se tradujo por RMN cuando las dos siglas más frecuentes y correctas son MR o MRI.

3.2 Actividad como traductora

-Metodología

Para que esta fase se desarrollara de forma adecuada, los alumnos de prácticas nos ceñimos a la segunda parte del calendario que el equipo de profesores diseñó para el adecuado desarrollo de la asignatura. En primer lugar, cada uno de los integrantes del grupo redactó en formato Word en inglés los capítulos asignados. Esta fase fue imprescindible para el desarrollo de nuestro trabajo, ya que el formato de la versión *The Renal System at Glance (Third edition)* facilitado por la editorial se encontraba en formato Pdf. Para que el equipo de profesores responsable pudiera dividir y asignar los capítulos, la obra tuvo que pasar por el programa de reconocimiento óptico de caracteres (OCR). El documento que se generó a partir del mismo estaba lleno de erratas ortotipográficas, por lo que tuvimos que eliminar los posibles elementos que interrumpieran el texto corrido y así facilitar su procesamiento en MemoQ. De igual forma, en los capítulos en los que aparecía una imagen combinada con texto al inicio del mismo, se optó por adaptarla en formato de tabla bilingüe al final del capítulo (tal y como figura en el epígrafe 2); para así propiciar el procesamiento por parte de la herramienta de traducción asistida. Durante un periodo aproximado de 15 días, los integrantes de cada grupo estudiaron los capítulos originales e investigaron en torno a aspectos textuales tales como la temática, el encargo de traducción, la situación comunicativa, o la terminología, etc.; teniendo siempre como referencia las pautas de traducción facilitadas por la Editorial Panamericana y la Guía metodológica de la asignatura de prácticas. Más allá de lo que se pueda pensar, esta tarea no se desarrolló de manera aislada, sino que se pudieron realizar consultas a nivel grupal (y contrastarlas con el investigador de grupo) e incluso trasladarlas a dos foros externos al grupo: el foro de dudas no resueltas donde el propio profesor y traductor Ignacio Navascués, nos guiaba en primera persona para resolverlas.

Durante el periodo de investigación y estudio de los textos, el revisor de cada grupo realizó un calendario con la división de fragmentos a entregar, así como de la fecha de entrega. De igual forma, el mismo revisor, junto con la aprobación de los integrantes de su grupo, fijó un número de palabras a traducir y subir al foro de revisión donde el resto de los integrantes pudo aportar opiniones sobre ella. Gracias al trabajo en grupo, el traductor pudo enfocar su texto desde otras perspectivas y el revisor pudo aligerar su labor de revisión. Una vez realizada la traducción y revisión de los fragmentos, cada traductor generó el capítulo en versión monolingüe el cual, revisado por última vez, fue enviado al foro de revisión por el revisor y evaluado por parte del equipo docente.

3.2.1 Problemas de traducción

En este apartado se expondrán los diversos problemas de traducción hallados durante el proceso de traducción del capítulo 48 y del capítulo 33 (segunda parte) de la obra *The Renal System at Glance (Third edition)*. Por razones de extensión, no se tratarán la totalidad de los problemas sino aquellos que fueron más representativos.

Para que la clasificación siguiera un orden lógico, se ha seguido la clasificación sobre los problemas de traducción que propone Hurtado (2001). No se ha hecho referencia a los problemas instrumentales porque la finalidad del presente trabajo no es de carácter documental sino de carácter lingüístico-traductológico. Por lo tanto, los problemas tratados son:

-Problemas lingüísticos: relativos al léxico (palabras traidoras y terminología específica); relativos a la morfosintaxis (yuxtaposición de adjetivos, aposición de sustantivos, formas acabadas en -ing, uso de las pasivas y omisión del artículo determinado); relativos al estilo (uso excesivo de modales y colocaciones) y relativos al texto (coherencia y cohesión).

-Problemas extralingüísticos: relativos a cuestiones temáticas, culturales y enciclopédicas.

-Problemas pragmáticos: relativos a los actos de habla, la intencionalidad del autor o los detalles del encargo.

Para facilitar la lectura y comprensión de los problemas, explicaremos de forma detallada algunos de los ejemplos escogidos para cada grupo y el resto serán expuestos

en una tabla donde figurará el contexto del problema en inglés y su correspondiente traducción en español.

3.2.2 Problemas lingüísticos relativos al léxico

-Falsos amigos o palabras traidoras

Martínez de Sousa (2004: 158) los define como palabras o frases cuya morfología o etimología es semejante a las de otras de una lengua distinta, pero cuyo significado es diferente. Esta tesis apoyada de igual forma por Vázquez y del Árbol (2006: 308) es corroborada por Navarro (2013: 176) que los denomina «palabras traidoras».

Son varios los falsos amigos que hemos encontrado en el abordaje de nuestra traducción. El primero de ellos es *catheter*, término al que desde el primer momento de la lectura se le pudo asignar la traducción de «catéter». Para investigar en profundidad esa opción provisional acudimos al *Churchill's Illustrated Medical Dictionary* (Churchill Livingstone, 1989: 310; en adelante «*Churchill*») que a bien lo definía como:

[...] a long, thin, hollow surgical instrument, that is inserted into the body cavity, such as the bladder, for the purpose of drainal or for the administration of diagnostic or therapeutic agent.

Sin embargo, la referencia que nos proporcionaba este diccionario no era suficiente para hacer frente a la traducción de este término que, además figuraba junto al término *indwelling* y que sin duda matizaría su traslación. Por este motivo, se decidió recurrir al *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* de F. Navarro (2015), («*LR*» en adelante), que nos proporcionaba por su parte cuatro acepciones. La segunda de ellas hacía referencia a la traducción de este término como «sonda», término al que se suele hacer referencia en urología e íntimamente conectado a la nefrología y a nuestro proyecto. Como tercera fuente de referencia, se decidió optar por consultar el *Diccionario de Términos Médicos* (Real Academia Nacional de Medicina, 2012; en adelante «*DTM*»). Sin embargo, esta vez no probamos a investigar el término inicial (*catheter*), sino que optamos por acotar la búsqueda a *indwelling catheter*, término al que correctamente hacía referencia como «sonda permanente», que goza de altas frecuencias de uso y que finalmente adoptamos para nuestra traducción.

El segundo término engañoso que encontramos fue *deposition* dentro del siguiente segmento «*nephrocalcinosis describes diffuse renal calcium deposition*». En un primer

momento, se barajó la posibilidad de poder traducirlo por «deposición», ya que el riñón juega un papel fundamental en el proceso excretor. Sin embargo, el *Diccionario de la Lengua Española* (Real Academia Española, 2015; «RAE» en adelante) hace referencia en su segunda acepción a este término como «acción y efecto de deponer», de lo que inferimos que ese término en castellano implicaría una salida del cuerpo (por medio de las heces), mientras que el término al que nos enfrentamos se encuentra en un contexto diverso tal y como se refleja en la obra *Hernando. Nefrología Clínica* (Arias Rodríguez, 2013: 388; «Hernando» en adelante): «se observa un **depósito difuso** y global de proteína AA correspondiente a una amiloidosis secundaria x 200».

No podemos continuar este comentario sin hacer referencia a las dificultades que nos ha causado la traducción del adjetivo *recurrent* en dos ejemplos:

TO	TM
Stones can cause <u>recurrent infection</u> , renal impairment, or hematuria	Los cálculos pueden causar <u>infección recidivante</u> , alteración de la función renal o hematuria.
<u>Recurrent stone formation</u> merits 24-h urine collections for volume, osmolality, calcium, phosphate, oxalate, citrate, urate, sodium, creatinine, pH, as well as serum sodium, potassium, chloride and bicarbonate.	<u>La formación recidivante de cálculos</u> justifica la recogida de orina de 24 horas para medir el volumen, la osmolalidad, el calcio, el fosfato, el oxalato, el citrato, el urato, el sodio, la creatinina, el pH, así como las concentraciones séricas de sodio, potasio, cloruro y bicarbonato.

En ambos casos el término *recurrent* fue un falso amigo difícil de traducir. En el caso de nuestra traducción, consultamos muchos textos paralelos, pero al no ser especialistas en la materia la delgada línea del «falso amigo» no nos permitía ver la diferencia; por lo que decidimos consultar una vez más a diccionarios especializados. El *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina* (Dorland, 2012: 1674; en adelante «Dorland») contempla este término como «que vuelve hacia atrás o hacia su origen» al igual que el *DTM* (RANM, 2012). Sin embargo, el *Diccionario de Medicina* (Mosby, 2001: 1100; en adelante «Mosby») si hace referencia al término «recidiva» como la

«reaparición de síntomas de una enfermedad que parecía haberse recuperado», de la misma forma que el *DTM* (RANM, 2012) en la segunda acepción de «recurrente».

Otro de los términos que a nuestro parecer podríamos considerar como «falso amigo» es el término *malnutrition*:

TO	TM
Protein loss, <u>malnutrition</u> , and infection	Pérdida de proteínas, <u>desnutrición</u> e infección
Urinary protein loss can cause negative protein balance and <u>protein malnutrition</u> .	La pérdida de proteínas a través de la orina puede provocar un equilibrio negativo de proteínas y una <u>deficiencia proteica</u> .

El *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico* de la Universidad de Salamanca (Cortés Gabaudán y Ureña Bracero, 2001: sin pág.; en adelante «*Dicciomed*») hace referencia a «desnutrición» como «el estado que provoca la insuficiencia prolongada en la alimentación bien por falta de alimentación o por una mala absorción de los alimentos ingeridos» y a «malnutrición» como «nutrición inadecuada para mantener la salud». Tras realizar esta búsqueda y desechar la posibilidad de traducir ese término por «malnutrición» corroboramos que fuentes como el *DTM* (RANM, 2012) y el *LR* (Navarro, 2015) admiten que se incorporó al *Diccionario Académico de la Lengua Española* (DRAE, 2001) por presión lingüística del inglés, pero apunta como traducción correcta el término «desnutrición». De igual forma Vázquez del Árbol (2006) admite este término como un anglicismo léxico extendido en el ámbito de las ciencias médicas y apuesta firme e igualmente por el uso de «desnutrición» en español.

En el segundo caso optamos por traducir este término por «deficiencia proteica». Tras haber consultado varios textos paralelos y el *Hernando* (Arias Rodríguez, 2013: 395) encontramos en esta fuente una referencia clave que nos llevó a optar por esa traducción «El fenómeno fisiopatológico central del síndrome nefrótico radica en el aumento de la permeabilidad y la consiguiente pérdida de proteínas por la orina (proteinuria)».

-Problemas terminológicos específicos

Sin lugar a dudas, los problemas terminológicos encontrados a lo largo del desarrollo del proceso de traducción fueron muchos. Por motivos de extensión, resulta complicado centrarnos en cada uno de ellos. El único que trataremos en este apartado será la traducción del binomio *level/concentration*, que encontramos en varios segmentos de nuestro texto y que el *LR* (Navarro, 2015) tacha de polisémicas.

Xavier Fuentes Arderiu (2004: 95) hace mención de estos términos en su editorial *El juego de los errores* de la revista *Panace@* de la siguiente forma:

Otra costumbre muy extendida es el uso del término *nivel* en lugar de los términos *concentración*, si se trata de una cantidad de un componente por la unidad de volumen del sistema en que se halla, o *contenido*, si se trata de una cantidad de un componente por la unidad de masa del sistema en que se halla. Este uso metafórico del término nivel es totalmente innecesario y está científicamente desaconsejado.

Teniendo esta cita en cuenta, acudimos directamente a nuestra obra de consulta indispensable, el *DTM* (RANM, 2012) que nos daba definiciones bastante esclarecedoras:

Nivel: grado de intensidad o de potencia de una magnitud variable.

Concentración: relación entre la cantidad (en peso y volumen) de soluto contenido en una disolución y la cantidad (en peso o volumen) de esta o del disolvente.

El tercer paso fue recurrir al «foro de debate» de la asignatura de prácticas que nos ayudó a esclarecer (tras el proceso de documentación escrito). Finalmente optamos por hablar de «concentración» cuando se especificaban las unidades de medida o bien se mencionaba la disolución pero no el soluto; mientras que si se mencionaba el soluto se haría referencia a «nivel». He aquí algunos ejemplos:

TO	TM
Predisposing factors are low urine volumen, high urine calcium, high urine oxalate, and a low urine citrate <u>level</u> .	Los factores predisponentes son: volumen urinario bajo, altas <u>concentraciones</u> de calcio y oxalato en la orina y concentración baja de citrato en la orina

Thiazides inhibit calcium excretion and potassium or citrate levels are corrected with potassium citrate.	Las tiazidas inhiben la excreción de calcio y el citrato potásico corrige los niveles de potasio o de citrato.
Excess dietary sodium raises urine calcium levels by lowering proximal tubule sodium reabsorption and co-transport of calcium.	El exceso de sodio en la dieta aumenta la calciuria al reducir la reabsorción tubular proximal de sodio y el cotransporte de calcio.

3.2.3 Problemas lingüísticos relativos a la morfosintaxis

-Yuxtaposición de adjetivos

Al contrario que en español, en inglés es muy habitual que varios adjetivos modifiquen directamente a un solo sustantivo o incluso existen casos en los que aparecen adjetivos sustantivados porque el inglés permite la yuxtaposición de un adjetivo sustantivado a un sustantivo; mientras que el español requiere la interposición de una preposición (Navarro, 2006). Algunos de los ejemplos que hemos encontrados en los textos a traducir han sido los siguientes:

TO	TM
Glomerular filtration is often reduced and nephrotic kidneys are vulnerable to <u>pre-renal acute renal failure</u> .	A menudo la filtración glomerular disminuye y los riñones nefróticos son vulnerables a una <u>insuficiencia renal aguda prerrenal</u> .
<u>Non-steroidal anti-inflammatory drugs</u> such as indomethacin reduce the GFR [...]	[...] <u>Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos</u> como la indometacina reducen la VFG

Los ejemplos sobre yuxtaposición de adjetivos encontrados han sido mínimos porque una de las características del inglés científico es la tendencia a la nominalización tal y como detallaremos en el siguiente apartado.

-Aposición de sustantivos

En inglés resulta muy común utilizar un sustantivo para modificar a otro, invirtiendo siempre el orden. Sin embargo, este tipo de construcción no es muy común en español, por lo que se opta por traducir el primero de los sustantivos por su correspondiente adjetivo, o bien por unir el primer sustantivo al segundo con una preposición (Claros, 2006), tal y como podemos ver en los siguientes ejemplos como *crystal growth* traducido por «crecimiento **de** los cristales», *stone formation* como «formación **de** cálculos», *cancer chemotherapy* como «quimioterapia **para** el cáncer» o *protein content* como «contenido **en** proteínas».

-Formas acabadas en -ing

En español el gerundio se usa principalmente para dar idea de simultaneidad o de anterioridad con relación a otra acción (Claros, 2006). A continuación expondremos y explicaremos algunos ejemplos encontrados en el texto, así como las opciones de traducción que se manejaron:

TO	TM
Hypoalbuminemia may reduce intravascular volume leading to renal hypoperfusion and renin-mediated hyperaldosteronism.	La hipoalbuminemia puede reducir el volumen intravascular, lo que conduce a una hipoperfusión renal y a un hiperaldosteronismo por respuesta a la renina.
Thromboregulatory proteins, such as, antithrombin III, protein S, and protein C, are lost in the urine and hypoproteinemia increases liver synthesis of fibrinogen, raising fibrinogen levels.	Las proteínas de la cascada de la coagulación, tales como la antitrombina III, la proteína S y la proteína C, se pierden a través de la orina y la hipoproteinemia incrementa la síntesis de fibrinógeno por el hígado, lo que conlleva un aumento de los niveles del mismo.
Urinary citrate inhibits stone formation by forming soluble complexes with calcium.	El citrato urinario inhibe la formación de cálculos al crear complejos solubles con el calcio.

<p>Acute obstruction causes renal colic with intense flank pain, often radiating to the groin, and sometimes nausea, vomiting, abdominal discomfort, disuria, renal tenderness, and hematuria.</p>	<p>La obstrucción aguda produce cólicos nefríticos con un dolor intenso en la fosa lumbar, que a menudo se irradia a la zona inguinal, y en ocasiones provoca náuseas, vómitos, molestias abdominales, disuria, puñopercusión positiva y hematuria.</p>
<p>Treatment involves reducing the dietary purine intake, increasing the urine volumen [...]</p>	<p>El tratamiento consiste en la reducción de purina de la dieta, el aumento del volumen urinario [...]</p>

En el primero de los casos la forma acabada en *-ing* se usa para expresar la causa-consecuencia, es decir, la reducción del volumen intravascular conlleva hipoperfusión renal e hiperaldosteronismo. Sin embargo, en español el gerundio no se utiliza para expresar consecuencia, por lo que se ha optado por un sintagma introducido por «lo que» al igual que ocurre en el segundo ejemplo.

En el tercer ejemplo, el gerundio en inglés cumple la función de circunstancial de modo, es decir, respondería a la pregunta introducida por «*how does the urinary citrate involve the stone formation?*»; es decir, si preguntásemos «¿cómo actúa el citrato urinario?», la respuesta en inglés vendría introducida por la preposición *by* y el verbo acabado en *-ing*. Sin embargo, en español se prefiere evitar el uso del gerundio para expresar la circunstancia, por lo que se ha recurrido al uso de la simultaneidad mediante el uso del sintagma (*al* más infinitivo) .

En el cuarto caso el gerundio en inglés actúa como adjetivo, respondiendo a la pregunta «**¿qué tipo de dolor?**». En este caso, el gerundio en inglés posmodificaría a *pain*, uso que no puede trasladarse al español, ya que no sería correcta su traducción por «un dolor irradiante», sino que se ha debido recurrir a una oración de relativo, para que la traducción resulte natural en español.

En el último caso, se ha usado el gerundio en inglés con función nominal, en respuesta a la pregunta «*what does the treatment involve?*». Sin embargo, la respuesta en español evita el gerundio optando por el uso de dos sustantivos «la reducción» y «el aumento».

-Uso de las pasivas en inglés

Aunque la repetición de la voz pasiva en las traducciones técnicas y médicas del inglés es algo muy común (Segura, 2011), en español no son más que una influencia errónea en el plano sintáctico por contagio del inglés (Claros, 2006). De esta manera, y a menos que su uso sea indispensable para no distorsionar el sentido de la traducción, se desaconseja su uso en español. A continuación exponemos algunos ejemplos y su resolución en la traducción:

TO	TM
<u>Stones can be removed</u> by extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) endoscopically, percutaneously, or by conventional surgery.	<u>Los cálculos pueden eliminarse</u> mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) o por vía endoscópica, percutánea o quirúrgica clásica.
[...] a histological diagnosis <u>is made</u> by renal biopsy.	[...] el diagnóstico histológico <u>se realiza</u> mediante biopsia renal.
In extreme cases, renal embolization or nephrectomy <u>has been performed</u> to prevent severe proteinuria.	En casos extremos, para evitar la proteinuria masiva <u>se ha realizado</u> una embolización renal o nefrectomía.

En el primer ejemplo, se ha optado por suprimir el uso de la pasiva en español, ya que la construcción activa «los cálculos pueden eliminarse» aporta claridad a la traducción, respetando el sentido. Sin embargo, en el segundo y tercer caso, hemos optado por el uso de la pasiva refleja o la construcción española «pronombre *se* más verbo conjugado en voz activa» tal y como aconseja Vázquez y de Árbol (2006) en su análisis contrastivo de la redacción biomédica (inglés-español).

-Omisión del artículo determinado

Este tipo de error es muy común, ya que aunque el uso del artículo en inglés junto a un sustantivo es nulo al contrario que en español, es una construcción que por error se calca cada vez con más frecuencia del inglés (Claros, 2006), tal y como podemos ejemplificar

en casos como *urinary stasis* traducido como «**la** estasis urinaria», *indwelling catheters* traducido como «**las** sondas permanentes», *urinary citrate* traducido como «**el** citrato urinario» o *calcium* como «**el** calcio».

3.2.4 Problemas lingüísticos relativos al estilo

-Uso excesivo de los modales

El uso de los modales en inglés científico, al igual que hemos explicado con respecto a los gerundios y las pasivas en el ámbito sintáctico, es un atenuador estilístico, tal y como afirma Gonzalo Claros (2006: 93) en esta cita:

En inglés científico, se evitan afirmaciones que suenen drásticas, tajantes o rotundas, ya que se supone que, en la ciencia, todo es provisional, y no pueden existir verdades absolutas. De hecho, incluso los datos más ciertos se describen con «suavidad», utilizando los auxiliares *may, can, could* y *might*, principalmente.

En español científico, sin embargo, se evitan las evasivas y se usan cada vez menos las formas de cortesía. Por este motivo, analizamos con detalle el uso de los modales en nuestra traducción, contrastando la información textual con textos paralelos y otros documentos sobre nefrología para evaluar la opción de mantenerlos o suprimirlos. A continuación exponemos algunos ejemplos de traducción:

TO	TM
Bladder stones can halt urine flow suddenly, with penile or perineal pain which may be relieved by lying down.	Los cálculos vesicales pueden interrumpir el flujo urinario de forma brusca y se manifiestan con dolor en el pene o en el perineo, que se puede aliviar al tumbarse.
Their urine may be frothy because of its high protein content.	[...] su orina puede ser espumosa debido al alto contenido en proteínas.
Hypocitraturia can be idiopathic or result from distal renal tubular acidosis, which causes excess mitochondrial metabolism of citrate.	La hipocitraturia puede ser idiopática o debida a una acidosis tubular renal distal que provoca un exceso en el metabolismo mitocondrial del citrato.

-Colocaciones

Todos los elementos que interfieren en la transmisión del mensaje en la traducción requieren de importancia. En este caso, tratamos un problema algo más peliagudo, la traducción de las colocaciones (combinaciones de palabras). Es necesario que el traductor preste especial atención a este elemento que, aunque puede parecer de fácil resolución, puede causar al igual que las preposiciones ciertos escollos en el proceso traslativo (Keller, 2011).

El primer ejemplo que nos encontramos fue la expresión «*to the **tip of the penis** or perineum*». Desde la primera lectura señalamos esta expresión que nos era desconocida hasta el momento. En primer lugar, realizamos una búsqueda en el diccionario monolingüe *Churchill* (Churchill, 1989: 1949), que definía *tip* como «*A pointed or markedly narrowed extremity of a part of the body*», lo que comúnmente se conoce el inglés como *point*. Gracias a la lectura de textos paralelos, descubrimos que este tipo de colocación se usa para hacer referencia a puntos anatómicos en medicina, por lo que decidimos traducir esta expresión por «a la **punta del pene** o al perineo».

El segundo caso que nos encontramos hace referencia al uso de la preposición *with* con el verbo *associated* en el siguiente segmento «*It is usually idiopathic **and associated with** increased intestinal calcium absorption, obesity, and hypertension*». En una primera lectura reflexionamos sobre una posible traducción «asociado con» por reminiscencias a la expresión en inglés «*associated with*». Sin embargo, tras analizar en profundidad el texto en inglés y consultar fuentes, decidimos que la traducción correcta de esta colocación es «asociado a», por lo que la opción final fue la siguiente «Por lo general, es de origen idiopático y **se asocia al** aumento de la absorción intestinal de calcio».

3.2.5 Problemas lingüísticos relativos al texto

-Cohesión

Nos encontramos ante una traducción equifuncional, por lo que las convenciones textuales del texto origen y del texto meta son semejantes. Las diferencias que se han podido encontrar en el estudio y proceso de traducción de los textos hacen referencia más bien a características propias de cada lengua.

Se evidencia la presencia de **conectores lógicos coordinantes** en ambos textos para expresar la relación adversativa (uso de *but* en inglés y de «pero» en español; uso de *however* en inglés y «no obstante» en español) entre dos oraciones que se encuentren al mismo nivel textual (no subordinadas). Además, se recurre al uso del signo ortográfico (coma) para facilitar la comprensión y marcar la pausa en el discurso.

TO	TM
Pneumococcal infection was a particular problem, but the use of pneumococcal vaccine and prophylactic antibiotics have reduced this.	La infección neumocócica constituyó un problema importante, pero la vacuna antineumocócica y los antibióticos profilácticos han reducido esta complicación.
Proteinuria can also occur during pregnancy, especially from systemic lupus erythematosus. However , in the last trimester of pregnancy, pre-eclampsia can cause hypertension, edema, and proteinuria.	La proteinuria puede aparecer durante el embarazo, sobre todo derivada del lupus eritematoso sistémico. No obstante , en el último trimestre del embarazo, la preeclampsia puede provocar hipertensión, edema y proteinuria.

Por otro lado, nos encontramos con **conectores lógicos subordinantes**, con la particularidad en este caso de que el nexos figura entre la oración principal y su subordinada correspondiente. De igual forma, encontramos el signo ortográfico de la coma para reforzar la pausa que marca la condición (uso de *unless* en inglés y «a menos que» en español) en la relación de la idea.

TO	TM
Unless there is obvious diabetic nephropathy or clinically typical childhood minimal change glomerulonephritis, a histological diagnosis is made by renal biopsy	A menos que exista una nefropatía diabética evidente o una glomerulonefritis de cambios mínimos infantil clínicamente característica, el diagnóstico histológico se realiza mediante biopsia renal.

Hemos de hacer también referencia al uso de conectores lógicos de aposición (*such as* en inglés y «tal/tales como» en español) para introducir una oración ejemplificadora sobre el referente principal (las proteínas de la cascada de la coagulación, en este caso). En este caso contamos con el signo ortográfico correspondiente para indicar que dicho sintagma se incluye en el discurso para facilitar la comprensión del texto, pero que no resulta imprescindible.

TO	TM
Thromboregulatory proteins, such as , antithrombin III, protein S, and protein C, are lost in the urine, and hypoproteinemia increases liver synthesis of fibrinogen, raising fibrinogen levels.	Las proteínas de la cascada de la coagulación, tales como la antitrombina III, la proteína S y la proteína C, se pierden a través de la orina y la hipoproteinemia incrementa la síntesis de fibrinógeno por el hígado, lo que conlleva un aumento de los niveles del mismo.

Por último, hemos de hacer referencia también al uso de **conectores a nivel endofórico**. Este tipo de conectores no son nexos lógicos, sino que contribuyen más bien a la progresión temática del texto: el rema de una oración se transforma en el tema de la oración posterior, hilando de esta forma el texto y creando una estructura cohesiva. En el segundo ejemplo, el referente endofórico viene de la mano de la expresión *see Chapter 30* en inglés («véase el capítulo 30» en español) que actúa como elemento de cohesión a lo largo de los capítulos de la obra.

TO	TM
There is increased hepatic lipid and apolipoprotein synthesis and reduced chylomicron and very-low-density lipoprotein (VLDL) catabolism. These changes may result in urinary loss of liporegulatory substances and cause a rise in plasma LDL-cholesterol and VLDL.	Existe un incremento de la síntesis de lípidos hepáticos y apolipoproteínas y un descenso del catabolismo de los quilomicrones y las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Estos cambios pueden causar la pérdida de sustancias liporreguladoras a través de la orina y

	provocar un aumento del colesterol LDL y de las VLDL en el plasma.
The most common causes are minimal change glomerulonephritis in children and membranous nephropathy or focal segmental glomerulosclerosis in adults (see Chapter 30) .	La causa más frecuente en niños es la glomerulonefritis de cambios mínimos y en adultos, la nefropatía membranosa o la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (véase el capítulo 30) .

-Coherencia

La coherencia textual se afianza en el caso de los textos gracias a dos mecanismos:

-la cohesión interna textual (ya descrita) que permite comprender las relaciones lógicas entre las distintas ideas, así como la progresión temática;

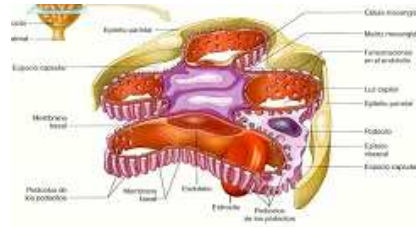
-la referencia a conceptos comunes a un mapa conceptual y a una temática común: la nefrología clínica. El hecho de que cada una de las unidades que conforman la obra siga este mismo patrón conceptual o referente proporciona coherencia al texto original, detalle que podemos trasladar a nuestro encargo (traducción equifuncional).

3.2.6 Problemas extralingüísticos

Hurtado (2001) considera como problemas extralingüísticos los relativos a cuestiones temáticas, culturales y enciclopédicas. Dado que en la traducción de los capítulos, no hemos encontrado problemas de traducción en torno a cuestiones temáticas o culturales, nos centraremos en hacer referencia al ejemplo de índole enciclopédico cuya traducción nos generó mayor problema (aunque en realidad son muchos los hallados). Sin lugar a dudas, junto con los problemas de carácter léxico (falsos amigos, en concreto), la falta de conocimiento profundo sobre nefrología nos ha hecho zambullirnos de lleno en lecturas exhaustivas pero fructíferas.

-Epitelial foot processes: término difícil de traducir debido al total desconocimiento del tema. Tras haber buscado en muchas fuentes y artículos de investigación recurrimos a la obra. En primer lugar recurrimos al *LR* (Navarro, 20015), ya que es una fuente crucial para la resolución de problemas relacionados con terminología compleja. Efectivamente, pudimos comprobar como Navarro hace referencia a *foot process* como «pedículo,

pedúnculo o pedicelo». Sin embargo, eran necesarias más referencias sobre el adjetivo *epitelial* para poder crear una visión que nos permitiera su correcta traducción, por lo que acudimos a dos fuentes importantes que nos resolvieron las posibles dudas al respecto: la obra *Anatomía y fisiología* (Thibodeau y Patton, 2013: 855) y el capítulo 1 sobre el desarrollo embrionario del riñón del *Hernando* (Arias Rodríguez, 2013: 9).



3.2.7 Problemas pragmáticos

Los **actos de habla** de un texto constituyen un elemento esencial en el análisis pragmático. Estos mismos, están íntimamente relacionados con la intención que el autor proyecta en el texto origen y con el encargo de traducción que culminará con la producción del texto meta (Searle, 1994).

Dado que la **consigna del encargo** es una traducción equifuncional en la que el género del texto meta es el mismo que el del texto origen (aunque sí varíen las convenciones de género entre las dos lenguas), la intencionalidad que manifiestan los actos de habla permanecen constantes en ambos textos.

El texto contenido en los capítulos relativos al encargo de traducción cumple con las funciones expositiva-descriptiva y explicativa, tal como se puede apreciar en estos ejemplos:

TO	TM
Nephrotic patients usually present with edema. Their urine may be frothy because of its high protein content.	Los pacientes nefróticos suelen presentar edema y su orina puede ser espumosa debido al alto contenido en proteínas.
Hypoalbuminemia may reduce intravascular volume leading to renal hypoperfusion and renin-mediated hyperaldosteronism (see Chapter 20).	La hipoalbuminemia puede reducir el volumen intravascular, lo que conduce a una hipoperfusión renal y a un

	hiperaldosteronismo por respuesta a la renina (véase el capítulo 20).
--	---

4. Glosario

En este apartado se presentarán dos glosarios terminológicos especializados. El primero de ellos, se compone de una serie de siglas traducidas durante la tarea como investigadora de grupo, resultado del cribado terminológico asignado por parte de los responsables de prácticas a nuestro grupo para poder elaborar la BT de apoyo a la traducción de los capítulos asignados. Su diseño se compone de cuatro columnas: en la primera por la izquierda aparecerá el acrónimo en inglés; en la segunda por la derecha aparecerá el acrónimo desarrollado en inglés; en la tercera por la izquierda se incluirá el acrónimo en español junto con la fuente de referencia, y en la última columna se incluirá el término completo en español, así como la definición del mismo.

En el segundo glosario se disponen los términos especializados relevantes extraídos durante el proceso de traducción de los capítulos asignados (capítulo 48 completo y 33 segunda parte). En este caso la disposición se ha realizado de la siguiente forma: dos columnas centrales, la primera por la derecha con el término especializado en lengua origen (inglés) y la primera por la izquierda con el equivalente en lengua meta (español), junto con la fuente de donde se ha extraído. Justo debajo de estas columnas, se ha dispuesto un espacio para la definición del término en español y la fuente de donde se ha obtenido. Huelga decir, que en los casos en los que la definición era demasiado extensa, se ha llevado a cabo un ajuste de la información para evitar la redundancia y facilitar su lectura. Por esta razón, gran parte de las referencias se incluirán de forma abreviada, y se dispondrá el glosario en formato apaisado para facilitar la consulta terminológica.

-Glosario siglas apartado investigación

Sigla en inglés	Sigla desarrollado	Sigla en español	Término completo en español y definición
HIF1 β (HIF1 beta)	Hypoxia inducible factor 1 β	HIF1 β Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias	Factor inducible por hipoxia 1 β Subunidad del heterodímero HIF (factor inducible por hipoxia) que se expresa constitutivamente. Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 894).

		Rodríguez, 2013: 894).	
HIF1 α (HIF1 alfa)	Hypoxia-inducible factor 1 alpha Hypoxia inducible factor 1 α	HIF1 α Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 894).	Factor inducible por hipoxia 1 alfa Factor inducible por hipoxia 1 α Subunidad del heterodímero HIF (factor inducible por hipoxia) que se degrada por un mecanismo dependiente de oxígeno, a través de una profíl-hidroxilación. Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 894).
HLA	Human leukocyte antigens (HLA)	HLA Fuente: Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 195).	Antígeno leucocitario humano Producto génico del complejo principal de histocompatibilidad que codifica las proteínas presentadoras de antígeno en la superficie celular y que determina la compatibilidad tisular en el ser humano. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
IgA	Immunoglobulin A	IgA Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 10).	Inmunoglobulina A Inmunoglobulina que constituye alrededor del 10 % al 15 % de la presente en el suero (150-400 mg/dl). Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
IgG	Immunoglobulin G	IgG Fuente: <i>Hernando.</i>	Inmunoglobulina G

		<i>Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 778).	Inmunoglobulina que presenta mayor concentración en el plasma (800-1600 mg/dl). Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
IL-2	Interleukin-2	IL-2 Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 778).	Interleucina 2 Interleucina sintetizada por los linfocitos T en respuesta a un estímulo antigénico o mitógeno, que actúa regulando la respuesta inmunitaria. Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 1019).
IVU	Intravenous urogram	UIV Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 205).	Urografía intravenosa Pielografía en la que el contraste se introduce por vía intravenosa. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
JGA	Juxtaglomerular apparatus	JGA Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 857).	Aparato yuxtaglomerular Grupo de células incluidas en una red fibrilar que cubre parcialmente las arteriolas cuando estas penetran en el glomérulo renal. Masson (Masson, 1992: 89).
KCC	Potassium chloride co-transporter	NKCC2	Cotransportador de cloruro potásico Cotransportador: proteína transportadora de la membrana celular que acopla el movimiento de un ión según su gradiente de concentración

			<p>con el movimiento de otra sustancia contra su gradiente de concentración.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 458).</p>
MAG3	Mercaptoacetyl-triglycine	<p>MAG3</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 706).</p>	Mercaptoacetiltriglicina (sin definición)
MDR1	Multidrug resistance ATPase	MDR1	ATP asa asociada a multirresistencia
MPO	Myeloperoxidase	<p>MPO</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 448)</p>	<p>Mieloperoxidasa (no se decidió incluir en el glosario).</p> <p>Enzima componente fisiológico de los lisosomas de neutrófilos y monocitos.</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 448)</p>
MR/MRI	Magnetic resonance imaging	<p>RM</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 656)</p>	<p>Resonancia magnética</p> <p>Procedimiento tomográfico de diagnóstico por imagen en el cual los núcleos paramagnéticos de los tejidos (especialmente de los protones) se orientan en un fuerte y uniforme campo magnético y absorben la energía de pulsos de radiofrecuencia procedentes de una bobina espiral, cuando esta frecuencia coincide con la frecuencia de</p>

			<p>precesión de dichos átomos para un determinado campo magnético.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>
MSK	Medullary sponge kidney (MSK)	MSK	<p>Riñón en esponja medular</p> <p>(Riñón esponjoso medular). Afección congénita rara, caracterizada por la presencia de múltiples dilataciones quísticas de pequeño tamaño localizadas en la porción medular de los túbulos colectores renales. Por lo que el órgano adquiere un aspecto esponjoso y da una sensación de porosidad.</p> <p>Fuente: Dorland (Dorland, 2005: 1712).</p>
NBC	Sodium bicarbonate co-transporter	NBCe1 (también se puede encontrar NBC o sin sigla)	<p>Cotransportador Na⁺/HCO₃</p>

-Glosario términos capítulo 48 (completo) y 33 (segunda parte)

Acidosis	Acidosis
	Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992:12).
<p>[CIE-10: E87.2] Cualquiera de los trastornos del equilibrio ácido-básico caracterizados por una tendencia al descenso del pH de los líquidos corporales debida a una acumulación de ácidos o a una pérdida excesiva de bicarbonato.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	

<p>Alkalinization</p>	<p>Alcalinización</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 527).</p>
<p>Acción y efecto de comunicar a una sustancia las propiedades de los álcalis o de someter a un enfermo a la medicación alcalina.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 39).</p>	
<p>Allopurinol</p>	<p>Alopurinol</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 47).</p>
<p>Isómero de la hipoxantina; se utiliza en el tratamiento de la hiperuricemia de la gota, la profilaxis y el tratamiento de la hiperuricemia secundaria a las discrasias sanguíneas o la quimioterapia antineoplásica, la profilaxis de la formación recidivante de cálculos renales de ácido úrico y de oxalato y la profilaxis y el tratamiento de la nefropatía por ácido úrico.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 61).</p>	
<p>Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors</p>	<p>Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 304).</p>
<p>Inhibidores competitivos de la peptidil-di-peptidasa A (enzima convertora de la angiotensina); se utilizan en el tratamiento de la hipertensión arterial, habitualmente junto con un diurético. Son eficaces tanto en la hipertensión vasculorrenal como en la esencial hiporreninémica. También están indicados como vasodilatadores en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i>. (Dorland, 2005: 1005).</p>	
<p>Antithrombin III</p>	<p>Antitrombina III</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 48).</p>

<p>Globulina α_2 plasmática de la familia de las serpinas, que se sintetiza en el hígado y se encuentra también en diversos lugares extravasculares. Inhibe la trombina y tiene actividad anticoagulante.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Apolipoprotein</p>	<p>Apolipoproteína</p> <p>Fuente: Stedman (Stedman, 1999: 52).</p>
<p>Componente proteínico de una lipoproteína, situado en la superficie de la misma. Sus funciones principales consisten en proporcionar estabilidad estructural a las lipoproteínas, actuar como ligando para los receptores celulares de las lipoproteínas que determinan el destino metabólico de las partículas lipídicas, y actuar como cofactor de las enzimas plasmáticas que intervienen en el metabolismo de los lípidos y de las lipoproteínas del plasma.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Bladder stones</p>	<p>Cálculos vesicales</p> <p>Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015: sin pág.).</p>
<p>[CIE-10: N21.0] Cálculo urinario formado o localizado en la vejiga urinaria. La causa más frecuente es la orina residual infectada por microbios formadores de urea, por ejemplo, <i>Proteus mirabilis</i>, como sucede en el adenoma y el cáncer de próstata, el cistocele, el divertículo vesical o la vejiga neurógena; también puede corresponder a un cálculo emigrado del riñón o del uréter no eliminado por la uretra. En algunas ocasiones, los cuerpos extraños intravesicales, incluidos los hilos de sutura no reabsorbibles, parásitos o cálculos renales, actúan como núcleo de atracción y precipitación de sales minerales de la orina. Son más frecuentes en hombres, pueden ser únicos o múltiples y la mayoría son radiopacos. Puede ser asintomático o cursar con síntomas de cistitis, interrupción brusca del chorro de la orina con dolor irradiado a lo largo del pene, hematuria, incapacidad de orinar salvo en determinadas posturas y manifestaciones previas del padecimiento urológico responsable de la litiasis.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Bowel disease</p>	<p>Enteropatía</p>

	Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 74).
<p>Término general para las enfermedades intestinales.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 409).</p>	
Calcium levels	Calciuria Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 149).
<p>Concentración urinaria de calcio.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Calcium oxalate	Oxalato cálcico Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 655).
<p>[fórm. quím.: CaC₂O₄] Sal cálcica del ácido oxálico, insoluble en agua, que se encuentra en la naturaleza en el ruibarbo y otras plantas y que cuando se genera en grandes cantidades en la orina precipita y forma cálculos renales.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Calcium phosphate	Fosfato cálcico Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 655).
<p>Sal monobásica, dibásica o tribásica que contiene el radical fosfato y uno, dos o tres átomos de calcio. Es la sal más abundante de nuestro organismo y su estudio presenta gran interés en el campo de los biomateriales.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Chemotherapy	Quimioterapia Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 655).

<p>Tratamiento de las neoplasias malignas basado en la administración de fármacos antineoplásicos.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Chloride</p>	<p>Cloruro</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland: 390).</p>
<p>Compuesto que contiene cloro, con una valencia de -1, como en las sales de ácido clorhídrico.</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 136).</p>	
<p>Chylomicron</p>	<p>Quilomicrón</p> <p>Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).</p>
<p>Lipoproteína sintetizada en la mucosa del intestino delgado, que en el período postabsortivo transporta fundamentalmente triacilglicéridos desde el intestino al sistema linfático, desde donde alcanzan la circulación sanguínea a través del conducto torácico.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Creatinine</p>	<p>Creatinina</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 298).</p>
<p>[fórm. quím.: C₄H₇N₃O] Anhídrido cíclico de la creatina excretado en la orina como producto final de la degradación de la fosfocreatina. El nivel de creatinina en el plasma es muy dependiente del correcto funcionamiento del riñón y el aclaramiento de creatinina se puede usar para calcular la tasa de filtración glomerular.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Crystals</p>	<p>Cristales</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 174)</p>

[ingl. *crystal*] s.m. Partícula sólida discreta, limitada por caras definidas que se intersectan con ángulos determinados y que presentan ciertas características de simetría. La forma de un cristal es consecuencia de la distribución ordenada de los átomos, moléculas o iones que lo componen. Los cristales de diferentes sustancias (oxalato de calcio, uratos, etc.) pueden depositarse en las articulaciones, causando enfermedades como la gota o la pseudogota, o crear el núcleo para la formación de cálculos en los riñones.

Fuente: *DTM* (RANM, 2012: sin pág.).

Cyst

Quiste

Fuente: *Hernando. Nefrología clínica* (Arias Rodríguez, 2013: 676).

Unidad estructural cerrada con pared y contenido variable (líquido, semilíquido, pastoso), que se origina patológicamente en distintos tejidos y órganos en el curso del desarrollo (quistes renales) y de la proliferación displásica y neoplásica (quistes mamarios y óseos), o por la acción de distintos agentes mecánicos (quistes cervicales y sebáceos) o biológicos (quistes hidatídicos y ováricos).

Fuente: *DTM* (RANM, 2012: sin pág.).

Cystine

Cistina

Fuente: *Hernando. Nefrología clínica* (Arias Rodríguez, 2013: 115).

[n. sist.: ácido 3,3'-ditiobis (2-aminopropanoico)] Aminoácido no esencial, presente en muchas proteínas corporales, que contiene azufre, está constituido por dos moléculas de cisteína unidas por un puente disulfuro y contribuye a estabilizar la conformación plegada de las proteínas.

Fuente: *DTM* (RANM, 2012: sin pág.).

Cystinuria

Cistinuria

Fuente: *Masson* (Masson, 1992: 239).

Trastorno hereditario en el que existe una excreción urinaria excesiva y persistente de cistina y otros tres aminoácidos bifásicos: lisina, ornitina y arginina; se debe a una

<p>alteración del transporte renal en la reabsorción tubular de estos aminoácidos. La manifestación clínica predominante es la formación de cálculos urinarios de cistina.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 377).</p>	
<p>Debris</p>	<p>Residuo</p> <p>Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015: sin pág)</p>
<p>Parte que queda de una o varias sustancias después de la separación de otras por evaporación, combustión u otro medio.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 1074).</p>	
<p>Diabetic nephropathy</p>	<p>Nefropatía diabética</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 109).</p>
<p>Nefropatía que padece una parte sustancial de los enfermos con diabetes <i>mellitus</i>. El porcentaje varía según el control metabólico, la raza y la carga genética familiar.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág).</p>	
<p>Diarrhea</p>	<p>Diarrea</p> <p>Fuente: Dicciomed (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).</p>
<p>Evacuación de heces de menor consistencia de lo normal, generalmente acompañadas de un aumento del número de deposiciones y del volumen de las mismas.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág).</p>	
<p>Diuretic</p>	<p>Diurético</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 215)</p>
<p>Cada uno de los fármacos o sustancias químicas que estimulan la diuresis por aumento de la excreción de agua y electrólitos, como consecuencia de alteraciones del transporte iónico a lo largo de la nefrona.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág).</p>	

Dysuria	Disuria Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015: sin pág)
Emisión dolorosa o difícil de la orina. Fuente: Masson (Masson, 1992: 360).	
Edema	Edema Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 227).
Tumefacción generalizada de los tejidos por acumulación de líquidos en los espacios tisulares. Se debe a la pérdida de proteínas plasmáticas (albúmina), con la consiguiente salida de líquido de la sangre por ósmosis. Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013:873).	
Fibrinogen	Fibrinógeno Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 444).
Factor I (de la coagulación sanguínea); globulina del plasma, la cual es convertida en fibrina, por acción de la trombina en presencia de calcio ionizado para producir la coagulación de la sangre. Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 270).	
Flank pain	Dolor en la fosa lumbar Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 664).
Dolor en fosa renal o dolor de riñones. Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2014: sin pág).	
Focal segmental glomerulosclerosis	Glomerulosclerosis focal y segmentaria Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
Presencia de lesiones esclerosantes localizadas en los glomérulos renales, que se caracterizan por proteinuria, hematuria, hipertensión arterial y síndrome nefrótico;	

<p>puede ser idiopática o secundaria a otra enfermedad, como una nefropatía por consumo de heroína, nefritis intersticial crónica o cáncer.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 864).</p>	
<p>Glomerular filtration</p>	<p>Filtración glomerular</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 427).</p>
<p>Velocidad de salida de líquido del glomérulo hacia el espacio capsular. La FG es directamente proporcional a la PEF y se puede modificar con cambios en el diámetro de las arteriolas aferentes y eferentes o de la presión arterial sistémica.</p> <p>Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 860).</p>	
<p>Glomerulonephritis</p>	<p>Glomerulonefritis</p> <p>Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 873).</p>
<p>[CIE-10: N05] Cada una de las enfermedades renales caracterizadas por la inflamación parcial o difusa de los glomérulos, generalmente como resultado del depósito de inmunocomplejos procedentes del plasma circulante o formado <i>in situ</i>. Su presentación y repercusión clínica varían mucho.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Groin</p>	<p>Zona inguinal</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 311).</p>
<p>Región del abdomen inferior, localizada en la base de la correspondiente fosa ilíaca, en relación con el conducto inguinal, a cada lado de la región pubiana</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Hematuria</p>	<p>Hematuria</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>
<p>Emisión por la uretra de sangre pura o mezclada con la orina; síntoma de enfermedades diversas.</p>	

Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 573).	
Hyperlipidemia	Hiperlipidemia Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 403).
Aumento anormal de la concentración sanguínea, plasmática o sérica del colesterol, de los triglicéridos, o de ambos, como consecuencia de un aumento en la concentración de las lipoproteínas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Hypoalbuminemia	Hipoalbuminemia Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 348).
Baja concentración de albúmina en la sangre, que se debe a la pérdida de esta sustancia de la sangre a través de agujeros en los glomérulos lesionados. Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 873).	
Hyperaldosteronism	Hiperaldosteronismo Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 600).
[CIE-10: E26] Síndrome debido a la secreción excesiva de la hormona mineralocorticoide aldosterona. Puede ser primario, cuando la causa reside en las glándulas suprarrenales, o secundario, cuando el estímulo para la hipersecreción se produce fuera de ellas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Hypercalcemia	Hipercalcemia Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 343).
Aumento anormal de la concentración sanguínea, sérica o plasmática de calcio, de causa diversa (en particular, hiperparatiroidismo y tumores malignos), que cursa con fatiga, confusión mental, náuseas, vómitos, estreñimiento, defectos tubulares reversibles, acortamiento del intervalo QT y, en ocasiones, arritmias. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	

Hypercalciuria	Hipercalciuria Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 157).
Concentración excesiva de calcio en la orina. Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).	
Hyperkalemia	Hiperpotasemia Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 904).
Presencia excesiva de potasio en la sangre. Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).	
Hyperlipidemia	Hiperlipidemia Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).
Aumento anormal de la concentración sanguínea, plasmática o sérica del colesterol, de los triglicéridos, o de ambos, como consecuencia de un aumento en la concentración de las lipoproteínas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Hyperoxaluria	Hiperoxaluria Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 652).
Presencia de una cantidad extraordinariamente grande de ácido oxálico u oxalatos en la orina. Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 345).	
Hyperparathyroidism	Hiperparatiroidismo

	Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 346).
Aumento del volumen y actividad de las glándulas parótidas. Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 605).	
Hypertension	Hipertensión Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 347).
Aumento anormal de la tensión o de la presión de un líquido orgánico. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Hypocitraturia	Hipocitraturia Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 349).
Excreción de orina con una cantidad anormalmente baja de ácido cítrico, como se observa en las personas con cálculos renales. Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 953).	
Hypoperfusion	Hipoperfusión Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 325).
Disminución anormal del flujo sanguíneo en un órgano o en una parte del cuerpo; por ejemplo, en situaciones de hipovolemia. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Hypoproteinemia	Hipoproteinemia Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 403).
Disminución anormal de la concentración de proteínas sanguíneas, plasmáticas o séricas, habitualmente como consecuencia de un ayuno prolongado, un síndrome de malabsorción, una hepatopatía avanzada o un síndrome nefrótico.	

Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Ileostomy	Ileostomía Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
Operación quirúrgica por la que se une el íleon a la pared abdominal y se construye un ano artificial, de forma que se produzca la evacuación del intestino desde el íleon sin pasar por el ciego ni el recto. Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).	
Idiopathic	Idiopático Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 356).
Aplicado a una enfermedad u otro proceso patológico: de causa desconocida. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Indwelling catheters	Sondas permanentes Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015: sin pág.).
Sonda que se introduce a través de la uretra en la vejiga y se deja allí durante un tiempo prolongado. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Labium majus	Labios mayores Fuente: <i>Anatomía y fisiología</i> (Thibodeau y Patton, 2013: 927).
[TA: <i>labium majus pudendi</i>] Cada uno de los dos grandes pliegues cutáneos externos de la vulva, que delimitan la hendidura pudenda bajo el monte de Venus. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Loin	Fosa lumbar Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).

<p>Zona par de la espalda situada por debajo del reborde costal, a ambos lados de la porción lumbar de la columna vertebral.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Malignancy</p>	<p>Neoplasias malignas</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>
<p>Tumoración; multiplicación progresiva de las células en condiciones que no inducirían la multiplicación de las células normales o la cesarían. 2. Cualquier crecimiento nuevo y anómalo; concretamente, el crecimiento de tejido nuevo de una forma descontrolada y progresiva. Las neoplasias malignas se distinguen de las benignas por presentar un mayor grado de anaplasia y por sus propiedades de invasión y formación de metástasis.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 1302).</p>	
<p>Malnutrition</p>	<p>Desnutrición</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 430).</p>
<p>Trastorno de la nutrición por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 338).</p>	
<p>Medulla</p>	<p>Médula</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 438).</p>
<p>Parte central o interna de un órgano o estructura, rodeada de una parte periférica o corteza.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Membranous nephropathy</p>	<p>Nefropatía membranosa</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 392).</p>
<p>Glomerulonefritis caracterizada por la presencia de depósitos subendoteliales de inmunoglobulinas y de complemento. Clínicamente suele presentarse como un</p>	

<p>síndrome nefrótico de comienzo insidioso, su origen a menudo es idiopático, aunque puede también asociarse a tumores malignos, ciertos medicamentos o infecciones.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Minimal change glomerulonephritis</p>	<p>Glomerulonefritis de cambios mínimos</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 390).</p>
<p>[CIE-10: N04] Enfermedad glomerular primaria caracterizada por la presencia de proteinuria en rango nefrótico, con una ausencia casi total de lesiones estructurales microscópicas. El análisis ultramicroscópico únicamente muestra una fusión de los pedicelos de las células epiteliales. La función renal suele mantenerse normal. La remisión de la enfermedad puede ser espontánea o inducida por esteroides, aunque las recaídas son frecuentes.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Nausea</p>	<p>Náuseas</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 481)</p>
<p>[CIE-10: R11] Sensación desagradable que suele preceder al vómito y que se percibe como un malestar en el epigastrio y en el cuello. Se acompaña con frecuencia de arcadas.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Nephrocalcinosis</p>	<p>Nefrocalcinosis</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 117).</p>
<p>Insuficiencia renal debida a la precipitación de fosfato cálcico en los tubos renales.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 827).</p>	
<p>Nephrectomy</p>	<p>Nefrectomía</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 483).</p>
<p>Extirpación quirúrgica total o parcial de uno o ambos riñones.</p>	

Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Nephrotic syndrome	Síndrome nefrótico Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 230).
[CIE-10: N04] Síndrome caracterizado por la excreción diaria de más de 3,5 g de proteínas en la orina, hipoproteinemia, edemas e hiperlipidemia. Además de las enfermedades glomerulares idiopáticas, otras causas son ciertos medicamentos, infecciones, tumores y enfermedades metabólicas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Osmolality	Osmolalidad Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 521).
Magnitud química que expresa la concentración de un soluto definida como el número de osmoles del mismo por kilogramo de disolvente. En osmometría se prefiere su uso al de osmolaridad, pues esta es dependiente de la temperatura al cambiar con esta el volumen del agua o disolvente. A muy bajas concentraciones, sin embargo, osmolaridad y osmolalidad pueden considerarse equivalentes. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Oxalate	Oxalato Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 526).
Sal de ácido oxálico. Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 914).	
Pelviureteric junction	Unión pieloureteral Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 657).
Zona en que se unen los uréteres con el final de la pelvis renal. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	

Perineum	Perineo Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 551).
<p>[Del gr. <i>Perinaion</i>, <i>perineos</i>, espacio localizado entre el ano y el escroto] [TA] Suelo pélvico y estructuras asociadas que ocupan el estrecho inferior de la pelvis; está delimitado anteriormente por la sínfisis del pubis, lateralmente por las tuberosidades isquiáticas y posteriormente por el cóccix.</p> <p>Fuente: <i>Dorland</i> (Dorland, 2005: 1473).</p>	
Pre-eclampsia	Preeclampsia Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 593).
<p>[CIE-10: O14] Síndrome clínico complejo y heterogéneo caracterizado por un trastorno hipertensivo específico de la gestación humana, desarrollado durante la primera mitad del embarazo por un fallo en la placentación y que se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria maternas de nueva aparición a partir de la semana 20 de gestación y que se normalizan dentro de los tres primeros meses tras el parto.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Proteus	Proteus Fuente: <i>Churchill</i> (Churchill, 1989: 1535).
<p>Género de bacterias de la familia <i>Enterobacteriaceae</i>, constituido por microorganismos gramnegativos móviles en forma de bastón alargado, con fimbrias y flagelos que no forman esporas, fermentan glucosa y otros azúcares, pero no lactosa, son anaerobios facultativos y producen catalasa, fenilalanina-desaminasa, ureasa y ácido sulfhídrico.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Purine	Purina Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 615).
<p>[fórm. quím.: C₅H₄N₄] Base nitrogenada heterocíclica con estructura bianular formada por la fusión de un anillo de pirimidina con otro de imidazol.</p>	

Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Renal biopsy	Biopsia renal Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).
Biopsia para la obtención con fines diagnósticos de uno o varios fragmentos de tejido renal para su estudio microscópico. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Renal colic	Cólico nefrítico Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 257).
Dolor agudo y continuo, con exacerbaciones paroxísticas, en la región lumbar como consecuencia de la obstrucción de la pelvis renal o del uréter, generalmente por un cálculo o un coágulo de sangre que emigran a lo largo del uréter. El dolor puede permanecer localizado o irradiarse a lo largo del flanco y fosa ilíaca hasta los órganos genitales externos y, a menudo, se acompaña de manifestaciones vegetativas reflejas, como náuseas y vómitos, o de hematuria si el cálculo erosiona la mucosa de las vías urinarias. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Renal pelvis	Pelvis renal Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 4).
[TA: <i>pelvis renalis</i>] Estructura infundibuliforme situada en el hilio renal, que resulta de la reunión de los cálices mayores y se continúa distalmente con el uréter. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Renal tenderness	Puñopercusión renal positiva Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).
Método de exploración física ideado para provocar dolor de forma controlada en las fosas renales, a ambos lados de la columna lumbar. Se realiza de forma mediata, con	

<p>el paciente en sedestación, aplicando la cara interna o cubital de un puño cerrado y golpeando sobre él, sin mucha fuerza, con la misma zona del otro puño. La provocación de dolor sugiere enfermedad renal inflamatoria, traumática o tumoral.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Sarcoidosis</p>	<p>Sarcoidosis</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 654).</p>
<p>Enfermedad sistémica crónica caracterizada histológicamente por una reacción inflamatoria granulomatosa no necrotizante. Se localiza en piel, ganglios, pulmón, huesos, etc.</p> <p>Fuente: <i>Dicciomed</i> (Cortés Gabaudan y Ureña Bracero, 2011: sin pág.).</p>	
<p>Screening</p>	<p>Cribado</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 659).</p>
<p>Aplicación de un método diagnóstico al máximo número posible de sujetos aparentemente sanos de una población para el reconocimiento temprano y selectivo de enfermedades o de trastornos extendidos o evitables, con el fin de adoptar medidas profilácticas y terapéuticas, una vez completado el estudio de los casos detectados.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Sodium bicarbonate</p>	<p>Bicarbonato sódico</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 111).</p>
<p>[fórm. quím.: NaHCO_3] Antiácido obtenido de la combinación de un ácido débil, el ácido carbónico, y una base fuerte, el hidróxido sódico.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Systemic lupus erythematosus</p>	<p>Lupus eritematoso sistémico</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 165).</p>

<p>[CIE-10: M32] Lupus eritematoso diseminado, de claro predominio femenino, naturaleza autoinmunitaria y curso caprichoso, habitualmente crónico con recidivas y remisiones intermitentes. De presentación clínica variable, puede afectar a múltiples órganos y sistemas, con aparición de fiebre, malestar general, artralgias o artritis, cambios de peso, síntomas renales, gastrointestinales, pulmonares, cardíacos, vasculitis, linfadenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia y afectación del sistema nervioso.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Staghorn calculi</p>	<p>Cálculos coraliformes</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 654).</p>
<p>Cálculo urinario formado en la pelvis renal con ramificaciones calicilales que le confieren una apariencia de coral. En la mayoría de los casos son de estruvita, aunque también pueden ser de ácido úrico, de cistina o de carbonato cálcico.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Statin</p>	<p>Estatina</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 469).</p>
<p>Cada uno de los fármacos análogos del ácido mevalónico, inhibidor de la HMG-CoA-reductasa, enzima limitante de la síntesis del colesterol.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Stone</p>	<p>Cálculo</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 697).</p>
<p>s.m. Concreción anormal de compuestos minerales disueltos en los líquidos corporales, que queda alojada en conductos de excreción como el uréter y los conductos biliares, o en reservorios como la vejiga urinaria o la vesícula biliar.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	

Treatment	Tratamiento Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 761).
<p>s.m. Conjunto de medidas médicas, farmacológicas, quirúrgicas, físicas o de otro tipo encaminadas a curar o a aliviar las enfermedades.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Thiazides	Tiazidas Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 745).
<p>Cada uno de los fármacos con actividad diurética que aumentan la excreción renal de sodio, cloro, potasio y agua, aunque difieren en su potencia diurética. Los principales diuréticos tiazídicos son entre otros: clorotiacida, hidroclorotiacida, hidroflumetiácida, bendroflumetiácida y politiácida. Están indicados en el tratamiento de los edemas y la hipertensión arterial</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Ultrasonography	Ecografía Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 778).
<p>Técnica de diagnóstico que permite la obtención de registros o imágenes basándose en la detección de las ondas ultrasónicas reflejadas por los diferentes tejidos e interfases entre tejidos y estructuras con diferente impedancia acústica.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Urease	Ureasa Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 781).
<p>[EC: 3.5.1.5] Enzima de la clase de las hidrolasas que cataliza la hidrólisis de la urea en dióxido de carbono y amoníaco.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
Ureterovesical junction	Unión pieloureteral

	Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 211).
Zona en que se unen los uréteres con el final de la pelvis renal. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Urinalysis	Análisis de orina Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 783).
Análisis de una muestra de orina que se realiza en el laboratorio con fines diagnósticos. Las variables analizadas pueden ser de tipo físico (color, aspecto y concentración), químico (pH, proteínas, iones, pigmentos biliares, glucosa, etc.) y microscópico (eritrocitos, leucocitos, células renales, cilindros, cristales). Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Urinary stasis	Estasis urinaria Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 651).
Estancamiento de la orina en algún tramo de las vías urinarias, por lo general como consecuencia de una obstrucción al flujo de la orina. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Vomiting	Vómitos Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 809).
[CIE-10: R11] Acción de vomitar. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).	
Warfarin	Warfarina Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 556).

<p>[fórm. quím.: C₁₉H₁₆O₄; DCI: warfarina] Anticoagulante análogo estructural de la vitamina K, derivado de la 4-hidroxycumarina, impide la activación hepática de la vitamina K por inhibición de la enzima vitamina K-reductasa.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012: sin pág.).</p>	
<p>Xanthinuria</p>	<p>Xantinuria</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013: 652).</p>
<p>Trastorno debido a síntesis defectuosa de xantina oxidasa, caracterizado por excreción urinaria de xantina en lugar de ácido úrico, hipouricemia y en alguno casos formación de cálculos de xantina.</p> <p>Fuente: <i>Stedman</i> (Stedman, 1999: 815).</p>	

5. Textos paralelos utilizados

En nuestro papel como traductores, como intrusos en la ceremonia comunicativa, deberemos adquirir una serie de competencias para realizar nuestra labor de manera efectiva. Aunque en el desarrollo de la tarea de traducción debemos prestar especial atención al estilo personal del autor cuando proceda y redactar con propiedad de acuerdo a una serie de reglas, la traducción de cualquier género textual impone una serie de convenciones propias al traductor, quien no deberá nunca inventarse traducciones ni tampoco acotar tareas como la lexicalización; sino referirse a los textos paralelos o bitextos para llegar a saber la forma adecuada de decir las cosas y servirse de ellos para adquirir un competencia traductora válida (Aragón Lumeras, 2010; Heredero, 2007).

En este apartado se mencionaran por tanto, los textos paralelos consultados durante el proceso de documentación y traducción, y mencionadas en el comentario. Para ello, nos serviremos de varias de las referencias bibliográficas que citaremos siguiendo las normas de la Universitat Jaume I para los recursos impresos y la Modern Language Association para los recursos electrónicos, tal y como se especifica en la guía para la elaboración del presente TFM.

ARCAY FERREIRO y COLS. «Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería». *Enfuro*, (90). (2004): 7-14.

Artículo muy interesante para la traducción del término *indwelling catheters* o «sonda permanente», así como para la documentación de su uso y mantenimiento por parte de especialistas en enfermería.

HERNANDO AVENDAÑO, L (2013): *Nefrología clínica* (cuarta edición), Editorial Panamericana, Madrid.

Obra de referencia base sobre nefrología. Trata todos los aspectos relacionados con este campo y es la base de referencia en formato electrónico que nos permite la búsqueda terminológica pertinente, así como de su uso en contexto.

GILROY, A.M (2015): *Prometheus: Anatomía. Manual para el estudiante*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Atlas sobre anatomía humana, muy útil para el estudio de legos que se inician en la materia. En el tomo II, capítulo 4, se encontró información sobre el abdomen y la pelvis; así como de los órganos urinarios y sus vías de conducción.

MEURER, K.A (1977): *El sistema renina-angiotensina-aldosterona*. Sandoz S.A.E, Colonia.

Breve manual donde se expone de forma clara el funcionamiento del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Aunque se trata de una fuente anticuada, es de gran ayuda para lectores e investigadores legos.

SILVERTHORN, D.U (2014): *Fisiología humana: un enfoque integrado* (6ªed). Editorial Panamericana. Madrid.

Este libro resulta muy útil en cuanto a la documentación sobre la anatomía del aparato urinario. En el capítulo 19 (págs. 627-649) se detallan los pormenores de la función renal, filtración reabsorción, secreción y excreción. En el capítulo 20 (págs. 658-688) se detalla el régimen renina-angiotensina-aldosterona.

SCHRIER, R.W (2015). *Manual de nefrología* (8ªed). Wolters Kluwer. Barcelona.

La obra contiene varios capítulos relevantes en cuanto a la documentación del tema a traducir. El capítulo 1 (págs. 1-27) realiza un repaso general sobre el síndrome nefrótico; el capítulo 5 (págs. 79-83) resulta muy útil para familiarizarse con el hiperparatiroidismo primarios y las neoplasias malignas y sus consecuencias y el capítulo 6 (págs. 106-112) detallan la temática de los cálculos renales.

THIBODEAU, G. A. y K.T. PATTON (2013): *Anatomía y fisiología*, Elsevier, Madrid.

En el capítulo 31 (unidad 5, págs. 848-857) de esta obra se encontró información gráfica y documental sobre la traducción de *epitelial foot processes* («pedicelos epiteliales») o *filtration slits* («hendiduras de filtración»). En el mismo capítulo se hace referencia de forma explícita (págs. 871-875) a las glomerulopatías, mientras que en el capítulo 8 (unidad 2, págs. 229-231) se hace referencia al término *pelvic brim* o «borde pélvico».

WEIN, A.J (2008): *Campbell-Walsh Urología* (9ª edición). Panamericana. Madrid.

Obra compuesta de 4 tomos, todos ellos muy interesantes para la documentación general en nefrología. En el tomo I se encuentra información útil sobre la anatomía quirúrgica del retroperitoneo, glándulas suprarrenales, riñones y uréteres. En el tomo II se describen las diferentes patologías renales.

6. Recursos y herramientas utilizados

En este apartado describiremos los recursos y herramientas utilizados a los que ya hemos hecho referencia a lo largo del comentario.

-Diccionarios generales

DRAE: obra lexicográfica académica por excelencia, editado y elaborado por la RAE con más de 88.000 entradas.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. Web. 2015. 23/06/2015. <<http://lema.rae.es/drae/>>.

-Diccionarios médicos

CHURCHILL: diccionario monolingüe en inglés de términos médicos.

CHURCHILL LIVINGSTONE (ed.) (1989): *Churchill's Illustrated Medical Dictionary*, Churchill Livingstone, Nueva York.

DICCIOMED: diccionario dedicado a términos médicos y biológicos que aporta un punto de vista histórico y etimológico.

CORTÉS GABAUDAN, F y J. UREÑA BRACERO: *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Universidad de Salamanca, 2011. Web. 15/08/2015. <<http://dicciomed.eusal.es/>>.

DORLAND: diccionario enciclopédico ilustrado que incluye cantidad de términos médicos, esenciales para cualquier traductor especializado.

DORLAND (ed.) (2005): *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina*. Elsevier, Madrid.

DTM de la RANM: diccionario monolingüe con más de 58 especialidades médicas que ofrece definiciones en español y los correspondientes equivalentes en inglés.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Diccionario de términos médicos*. 2012. Web. 14/09/2015. <<http://dtme.ranm.es/index.aspx>>.

LIBRO ROJO (LR) de Fernando Navarro: diccionario que expone los términos más problemáticos o dificultosos del inglés médico. Permite el estudio de todas las entradas de cada término, así como su correspondiente equivalente en inglés.

NAVARRO, F.A. *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, versión 3.05. 2015. Web 15/08/2015. <<http://www.cosnautas.com/index.php>>.

MASSON: diccionario de bolsillo completo y moderno editado en lengua castellana, que ofrece más de 50.000 términos de uso constante en medicina, ciencias biológicas y ciencias de la salud en general.

MASSON (ed.) (1992): *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Elsevier Masson, Barcelona.

MOSBY: obra realizada por reconocidos especialistas en el campo de la salud, que ofrece información sobre temas médicos. Consta de más de 1000 entradas nuevas, ilustraciones y apéndices.

MOSBY (ed.) (2001): *Diccionario de Medicina* (con cd.rom), Océano Grupo Editorial, Barcelona.

SIGLAS MÉDICAS EN ESPAÑOL de Fernando Navarro: diccionario con multitud de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos que nos permite la búsqueda de multitud de acepciones de cada término así como su correspondiente versión en inglés.

_____. *Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español* (2ª edición), versión 2.09. 2015. Web. 01/10/2015. <http://www.cosnautas.com/index.php?pag=siglas_buscadore>.

STEDMAN: obra que condensa las definiciones enciclopédicas de las entradas principales de la obra para introducir la traducción exacta de la mayoría de los términos.

STEDMAN (ed.) (1999): *Diccionario de ciencias médicas*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina.

7. Conclusión

En conclusión, el recorrido realizado durante el desarrollo de las Prácticas profesionales ha sido bastante positivo. Hemos de admitir que en un principio, cuando recibimos el encargo y la planificación para el desarrollo de la asignatura, pudimos llegar a pensar que era imposible que todo este proceso llegara a concluir y sobretodo, llegase a concluir de manera fructífera.

El apoyo de los profesores y compañeros resultó necesario, ya que no solo nos encontramos con un volumen considerable de trabajo, sino que el encargo por parte de Panamericana llegó con un poco de retraso, lo cual modificó todos los calendarios y la fecha de entrega. Hemos de resaltar que además de haber aprendido nuevas estrategias de traducción, terminología o puntuación de los textos científicos, hemos aprendido a trabajar de forma eficiente bajo presión, y sobre todo, a trabajar en grupo sabiendo preservar la armonía.

A título personal, esta intensa fase me ha ayudado no solo a aprender nuevas estrategias y herramientas sobre traducción medicosanitaria; sino a mantener una organización en el desarrollo de las diversas tareas de análisis y traducción. Estos aspectos no solo nos ayudaran a enfrentar las exigencias de un mercado laboral lleno de competencia, sino por ejemplo, a saber transmitir la seguridad y el conocimiento de la traducción a cualquier escala.

8. Bibliografía completa

Recursos impresos

GUTIERREZ RODILLA, B y F. NAVARRO (2014): *La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario*, Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona.

GUTIERREZ RODILLA, B (2014): *Apuntes del Módulo de Terminología*, Máster de Traducción Médico-sanitaria, Univ. Jaume I, Castellón de la Plana.

HERNANDO AVENDAÑO, L (2013): *Nefrología clínica* (cuarta edición), Editorial Panamericana, Madrid.

HURTADO ALBIR, A (2001): *Traducción y Traductología. Introducción a la Traductología*, Ediciones Cátedra, Madrid.

GAMERO PÉREZ, S. (2001): *La traducción de textos técnicos*. Ariel. Barcelona.

GARCÍA IZQUIERDO, I (2012): *Competencia textual para la traducción*, Tirant Humanidades, Valencia.

MASSON (ed.) (1992): *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Elsevier, Masson, Barcelona.

MUNDAY, J (2012): *Introducing Translation Studies. Theories and Applications*, Routledge, Londres y Nueva York.

NAVARRO, F.A. «La anglización del español: mucho más allá de *bypass*, *piercing*, *test*, *airbag*, *container* y *spa*». En: Luís González y Pollux Hernández (coords.): *Traducción: contacto y contagio*. Actas del III Congreso Internacional «El español, lengua de traducción», celebrado en Puebla (México) del 12 al 14 de julio de 2006. Bruselas: Esletra, 2008, págs. 213-232.

SEARLE, J (1994). *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje*. Editorial Planeta de Agostini. Barcelona.

STEDMAN, T.L (1999): *Stedman's Medical Dictionary*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

THIBODEAU, G. A. y K.T. PATTON (2013): *Anatomía y fisiología*, Elsevier, Madrid.

Recursos electrónicos

ARAGONÉS LUMERAS, M. «*In caeremonia veritas* o de cómo librar a la traducción del yugo de las teoría lingüísticas». *Panace@*, 11 (31). (2010): 58-69. Web. 25/08/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n31_tribuna_Lumeras.pdf>.

BALLIU, C. «El peligro de la terminología en traducción médica». *Panace@*, 2 (4). (2001): 30-39. Web. 24/09/2015. <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n4_PeligroTerminologia.pdf>.

CLAROS, G. «Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español». *Panace@*, 7 (23). (2006): 89-94. Web. 25/09/2015. <http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_Claros.pdf>.

_____. «Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo». *Panace@*, 9 (28). (2008): 145-158. Web. 09/09/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n28_revistilo-claros.pdf>.

FUENTES ARDERIU, X. «El juego de los errores». *Panace@*, 5 (16). (2004): 95-96. Web. 20/08/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n16_editorial.pdf>.

HEREDERO, J.L. «Macros y atajos para el traductor». *Panace@*, 8 (25). (2007): 42-50. Web. 01/09/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n25_revistilo-heredero.pdf>.

KELLER, N. «La traducción de textos médicos especializados, ilustrada mediante el par de idiomas inglés-alemán». *Panace@*, 12 (34). (2011): 230-234. Web. 14/09/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tradyterm-keller_ESP.pdf>.

MARTÍNEZ DE SOUSA, J.M. «La traducción y sus trampas». *Panace@*, 5 (16). (2004): 149-160. Web. 15/07/2015. <http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tribuna_MartinezDeSousa.pdf>

NAVARRO, F.A. « Palabras francesas de traducción compleja o engañosa en medicina (primera parte: A-D)». *Panacea@*, 14 (38). (2013): 176-196. Web 16/07/2015.
<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n38-tradyterm_NavarroF.pdf>.

VÁZQUEZ Y DEL ÁRBOL, E. «La redacción del discurso biomédico (inglés-español): rasgos principales». *Panacea@*, 7 (24). (2006): 307-317. Web. 20/07/2015.
<http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n24_tribuna-v.delarbol.pdf>.

SEGURA, J. «Los anglicismos en el lenguaje médico». *Panacea@*, 2 (3). (2001): 52-57.
Web. 14/09/2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n3_Segura.pdf>.