

TRABAJO FINAL DE MÁSTER PROFESIONAL



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

ANÁLISIS DE LA TRADUCCIÓN REALIZADA EN LA ASIGNATURA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRADUCCIÓN MÉDICO-SANITARIA

Curso 2014/2015

(Julio, 2015)

ESTEFANÍA SÁNCHEZ LILLO

Índice

INTRODUCCIÓN	3
Ubicación temática, consideraciones específicas del encargo y síntesis de los contenidos del texto traducido.....	3
Análisis del género textual y de la situación comunicativa	5
1. Texto de origen y texto meta	7
1.1. Traducción del capítulo 34.....	7
1.2. Traducción de la introducción a los casos y del caso 1.....	15
1.3. Traducción del caso 7.....	17
2. Comentario.....	19
2.1. Metodología	19
2.2. Problemas de traducción	22
2.2.1. Problemas lingüísticos.....	23
1. Plano léxico.....	23
a. Epónimos	23
b. Siglas	23
c. Terminología médica.....	24
d. Falsos amigos	25
2. Plano morfosintáctico.....	25
a. <i>-ing forms</i>	25
b. Voz pasiva	26
c. Adverbios terminados en <i>-ly</i>	27
d. Omisión del artículo determinado	28
3. Plano estilístico	28
a. Figuras retóricas	28
b. División o unión de oraciones	29
4. Plano textual.....	29
a. Cohesión textual	29
2.2.2. Problemas extralingüísticos.....	30
1. Plano enciclopédico.....	30
2. Plano cultural.....	31
2.3. Evaluación de los recursos documentales	32
2.3.1. Fase de documentación	32
2.3.2. Fase de traducción.....	32
Recursos propios del encargo.....	32

Diccionarios, manuales, etc.....	32
<i>MedlinePlus</i>	33
<i>Panace@</i>	33
3. Glosario terminológico	34
4. Textos paralelos	62
5. Recursos y herramientas	65
5.1. Recursos propios del encargo.....	65
5.2. Diccionarios	65
Generales.....	65
Especializados.....	65
5.3. Otros recursos lingüísticos	66
5.4. Recursos sobre medicina.....	67
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69
Recursos impresos.....	69
Recursos electrónicos.....	70

INTRODUCCIÓN

Cuando un traductor se enfrenta a un texto médico, las competencias traductorales que ha adquirido a lo largo de su carrera tanto académica como profesional no le son suficientes. La traducción médico-sanitaria requiere que el traductor adquiriera un buen conocimiento sobre el ámbito y el tema que va a traducir, ya sea especializándose en alguna rama o, en caso de que no sea experto, gracias a una buena labor de documentación antes de comenzar con el encargo.

La realización de la asignatura de Prácticas profesionales en la que se basa este trabajo final de máster ha permitido que despleguemos no solo nuestras destrezas traductorales, sino también los conocimientos que hemos adquirido a lo largo de este año. Sin embargo, la fase de documentación ha sido clave para tener claros ciertos conceptos médicos que no estaban debidamente asentados.

Así, este trabajo está dividido en distintos apartados en los que se analizarán los aspectos más importantes de la traducción. En primer lugar, se expondrá el TO y su traducción, posteriormente se hará un comentario sobre los problemas principales a los que me enfrenté, además de los recursos utilizados y, por último, se presentará un glosario terminológico. No obstante, antes de comenzar a tratar todos estos aspectos veo necesario realizar una ubicación temática del encargo, además de analizar el género al que pertenece.

Ubicación temática, consideraciones específicas del encargo y síntesis de los contenidos del texto traducido

El encargo que tuvimos que realizar en esta edición del máster fue la traducción de la obra médica *The Renal System at a Glance (Third Edition)* escrita por el nefrólogo Chris O'Callaghan y publicada en inglés por la editorial Wiley-Blackwell. El cliente del encargo era la Editorial Médica Panamericana, una de las editoriales más importantes del sector médico-sanitario.

La obra es un **manual médico** sobre nefrología cuyos destinatarios son, principalmente, estudiantes de medicina, residentes o recién graduados, aunque puede ser de gran utilidad para cualquier profesional que quiera profundizar sobre este campo, siempre que cuente con unos conocimientos previos. Como se explica en la propia contraportada del libro (Chris O'Callaghan, 2009: contraportada): «The *at a Glance* is popular among medical students and junior doctors for its concise and simple approach and excellent illustrations».

Este manual está formado principalmente por 50 capítulos de dos páginas cada uno y 22 casos clínicos, además de un glosario, un glosario de siglas, una página de valores de referencia, etc. Asimismo, los casos cuentan con preguntas y respuestas para que el propio lector pueda asegurarse de que ha comprendido los contenidos. En definitiva, esta obra cuenta con una estructura organizada formada por capítulos breves que ayudan a asimilar los conceptos y a acceder a ellos de una forma sencilla.

La obra completa se repartió entre los estudiantes de la asignatura que estábamos divididos en grupos de trabajo en los que, además de traducir, se ayudaba a revisar la versión de los compañeros. En mi caso, las partes que tuve que traducir fueron el **capítulo 34, la introducción a los casos clínicos y los casos 1 y 7.**

En el capítulo 34, *Hypertension: causes and clinical evaluation*, se explica, como su propio nombre indica, en qué consiste la hipertensión y se exponen las causas que la provocan. Asimismo, también se describe la patogenia de los diferentes tipos de hipertensión y la evaluación clínica.

Por otro lado, en el caso 1 nos encontramos ante un niño de 10 años que presenta edema generalizado y, finalmente, el caso 7 trata sobre la hipertensión y la alteración de la función renal. En ambos casos, se explican los síntomas, antecedentes y cualquier información que se considere necesaria para resolver las preguntas planteadas con las que los lectores podrán comprobar si han entendido los conceptos. Además, en las respuestas se mencionan los capítulos en los que se puede ratificar la información.

Por último, habría que señalar que, además de la labor de traducción, los profesores de la asignatura Ignacio Navascués, Laura Carasusán, Raquel Reboredo y Mercè Calvo la estructuraron de forma colaborativa, así cada grupo debía trabajar de forma coordinada y para ello asignaron diferentes roles. Por un lado, había algunos que solo traducían porque no disponían de tanto tiempo como los demás y, por otro, en cada grupo había un redactor-jefe, un investigador y un portavoz, como fue mi caso. Las personas que realizaban estas tres funciones tenían labores diferentes, el investigador debía ayudar a los compañeros en la fase anterior a la de traducción, en la que se elaboró un glosario común, el redactor-jefe se encargaba de revisar la traducción después de que todos los integrantes del grupo la hubieran comentado y antes de entregarla y el portavoz era el encargado de comunicarse con los profesores para plantear todas las dudas que surgían. En definitiva, tanto el conjunto de los estudiantes que formábamos la asignatura como los componentes de cada grupo hemos tenido que trabajar de forma muy organizada para que todo saliese bien y no perjudicásemos a los demás. La explicación de todas las fases que se llevaron a cabo se expondrá en el apartado de Metodología.

Análisis del género textual y de la situación comunicativa

El **género textual** es un aspecto indispensable a la hora de hacer un análisis de un texto, ya que gracias a él se pueden valorar todos los factores que pueden influir en su traducción; algunos son fáciles de averiguar porque la propia publicación lo indica, en cambio, hay otros que solo aparecen cuando se analiza exhaustivamente el texto.

Para asegurarnos de que sabemos cuál es el género del TO, lo primero que debemos tener claro es qué es el género en sí y, para ello, me basaré en la definición de Isabel García Izquierdo, profesional que ha centrado muchos de sus estudios en el concepto de género. Sin embargo, su definición sigue la línea de pensamiento de Hatim y Mason (1990) que aparece en el modelo de análisis del discurso de Halliday (citado en Munday, 2001:89-107), por eso es importante comenzar por el **registro**. Para este autor, el contexto cultural es lo que condiciona el género y además determina el registro, por tanto, para analizar el género tenemos que tener muy en cuenta las variables que influyen en el registro. Estas variables son el campo, (tema del que trata el texto), el tenor (relación existente entre los participantes que forman la comunicación) y el modo (forma en que los participantes se comunican, es decir, oral o escrita).

Después de plantear estas variables, se puede observar que en la definición de García Izquierdo (2002) aparece otro aspecto clave. Para la autora, el género es 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».

Así, el otro aspecto que debemos analizar para averiguar el género del texto es la función, que además es indispensable para realizar la traducción.

A continuación se realizará el análisis de las cuatro variables para, finalmente, exponer cuál es el género de la obra y el de la traducción.

- El **campo** es la nefrología, rama de la medicina, es decir, es un texto especializado.
- En cuanto al **tenor**, el emisor es el autor de la publicación, es decir, un especialista en el campo en que se incluye la obra, el nefrólogo Chris O'Callaghan. Sin embargo, los receptores son estudiantes o recién graduados con un conocimiento mucho más reducido sobre el campo. El tono formal e impersonal de la obra refleja que la relación entre los participantes no es simétrica, puesto que el grado de especialización de los estudiantes no es el mismo que el del autor, a pesar de que estos ya tienen conocimientos sobre medicina, como se refleja en el uso de terminología médica.

- El **modo** en este caso sería un texto escrito combinado con tablas y figuras.
- La **función** del encargo es expositiva, pero también instructiva como se puede comprobar en los casos con preguntas y respuestas para que los estudiantes se aseguren de haber asimilado los conceptos.

Sin embargo, un aspecto fundamental que no podemos pasar por alto al analizar la función del texto es lo que se nos pide en el encargo. En el nuestro se indicaba que debíamos realizar un tipo de traducción a la que Nord llama **traducción equifuncional** (1997, citada en García Izquierdo, 2005: 226), es decir, en ella la función del TO y la del TM es la misma.

En definitiva, después de analizar todos aspectos podemos afirmar que no solo la función es la misma, sino que el registro también lo es, por tanto, el hablamos de un **género** que existe tanto en la cultura del TO como en la del TM: **manual especializado en nefrología con fines pedagógicos y de tipo académico** cuya situación comunicativa se caracteriza por la relación asimétrica existente entre el emisor y el receptor, puesto que los últimos reciben la formación de un profesional cualificado, con un conocimiento mucho más amplio sobre el campo del texto.

1. Texto de origen y texto meta

En este apartado se presentan los textos de origen y la traducción de las partes que me asignaron, es decir, del capítulo 34, la introducción a los casos clínicos y los casos 1 y 7. La versión que se presenta contiene algunos cambios en comparación con la entregada en junio, puesto que hay términos cuya traducción se acordó después de la entrega o que no se habían traducido coherentemente y otros fallos detectados tras realizar una nueva lectura de la traducción. Los cambios se han señalado en otro color para que sea más sencillo reconocerlos y la traducción se ha presentado en columnas y con algunos de los párrafos separados para facilitar la lectura.

1.1. Traducción del capítulo 34

Texto origen	Texto meta
<p>34. Hypertension: causes and clinical evaluation</p> <p>Hypertension is defined as blood pressure greater than 140/90 mmHg. It can damage vessels and organs and increases mortality. Treatment improves the prognosis. If a cause is identified, hypertension is said to be secondary; if there is no identifiable cause, it is termed primary or essential hypertension. Blood pressure is determined by cardiac output, systemic vascular resistance, and circulatory volume. The key determinant of systemic vascular resistance is vasoconstriction of arterioles and the key determinant of circulatory volume is renal sodium handling.</p>	<p>34. Hipertensión: causas y evaluación clínica</p> <p>La hipertensión se define como la presión arterial superior a los 140/90 mm Hg. Puede dañar los vasos y los órganos y aumenta la mortalidad. El tratamiento mejora el pronóstico. Si se identifica la causa, la hipertensión es secundaria; si se desconoce, se denomina hipertensión primaria o esencial. La presión arterial está determinada por el gasto cardíaco, la resistencia vascular sistémica y la volemia. El principal factor determinante de la resistencia vascular sistémica es la vasoconstricción de las arteriolas, y el de la volemia, la regulación renal del sodio.</p>

<p>Causes of secondary hypertension</p> <p>Renal artery stenosis</p> <p>Renal artery stenosis (see Chapter 37) reduces renal blood flow and the glomerular filtration rate (GFR), stimulating renin release and angiotensin II production. Angiotensin II causes hypertension by vasoconstriction and stimulation of aldosterone release and sodium retention. If both kidneys are affected, the hypervolemia and hypertension eventually restore renal perfusion and renin levels fall slightly. If only one kidney is normal, the hypertension increases its GFR. This promotes sodium excretion by the healthy kidney, but the stenosed kidney remains underperfused and continues to produce very high renin levels.</p>	<p>Causas de la hipertensión secundaria</p> <p>Estenosis de la arteria renal</p> <p>La estenosis de la arteria renal (véase el capítulo 37) reduce el flujo sanguíneo renal y la velocidad de filtración glomerular (VFG), estimulando así la liberación de renina y la producción de angiotensina II. La angiotensina II causa hipertensión por vasoconstricción y estimula la liberación de aldosterona y la retención de sodio. Si afecta a ambos riñones, a la larga, la hipervolemia y la hipertensión restablecen la perfusión renal y los niveles de renina disminuyen ligeramente. Si solo uno de los riñones funciona de manera adecuada, la hipertensión aumenta su VFG, lo que estimula la excreción de sodio. Por el contrario, el riñón estenosado permanece menos perfundido de lo normal y continúa produciendo niveles muy altos de renina.</p>
<p>Primary hyperaldosteronism</p> <p>Primary hyperaldosteronism accounts for 1-2% of all hypertension. Excess aldosterone increases renal sodium retention and potassium secretion. The resulting hypervolemia causes hypertension. Renin production is suppressed because renal perfusion pressure and sodium chloride delivery to the macula densa are increased.</p>	<p>Hiperaldosteronismo primario</p> <p>El hiperaldosteronismo primario representa entre el 1 y el 2% de la hipertensión en su totalidad. El exceso de aldosterona aumenta la retención renal de sodio y la secreción de potasio, lo que provoca hipervolemia que causa hipertensión. En cambio, la producción de renina se suprime porque aumentan la perfusión renal y la entrada de cloruro sódico en la mácula densa.</p>

<p>Intrinsic renal disease</p> <p>Any renal disease can cause hypertension. Severe renal impairment reduces sodium excretion and causes hypervolemia and hypertension, which is 'salt sensitive' because it is increased by salt intake. With milder renal impairment, perceived renal hypoperfusion promotes renin secretion and angiotensin II-mediated vasoconstriction. This hypertension is not salt sensitive and is termed salt resistant.</p>	<p>Enfermedad renal intrínseca</p> <p>Cualquier enfermedad renal puede causar hipertensión. La alteración grave de la función renal reduce la excreción de sodio y provoca hipervolemia e hipertensión «sensible a la sal» denominada así porque aumenta con el consumo de esta. Si la alteración de la función renal es más leve, la hipoperfusión renal percibida estimula la secreción de renina y la vasoconstricción mediada por la angiotensina II. Esta hipertensión no es sensible a la sal y se denomina resistente a la sal.</p>
<p>Defects in tubular sodium handling</p> <p>Pseudohypoaldosteronism type 2 due to WNK1 or WNK4 mutations causes distal tubular NCC sodium chloride co-transporter overactivity with excess sodium retention, hyperkalemia, and hypertension (see Chapter 16). Liddle's syndrome of pseudohyperaldosteronism also causes excess sodium retention, hypokalemia, and hypertension.</p>	<p>Defectos de la regulación tubular del sodio</p> <p>El seudohipoaldosteronismo tipo II producido por la mutación de los genes WNK1 o WNK4 causa la hiperactividad del cotransportador de cloruro sódico NCC en el túbulo distal, lo que da lugar a una retención excesiva de sodio, hiperpotasemia e hipertensión (véase el capítulo 16). El síndrome de Liddle, un tipo de seudohiperaldosteronismo, también provoca una retención excesiva de sodio e hipertensión, si bien cursa con hipopotasemia.</p>
<p>Other causes of hypertension</p> <p>Coarctation of the aorta reduces renal perfusion and triggers renin secretion. Characteristically, pulses are weaker in the legs than in the arms. Steroids cause sodium retention and hypertension. This is a mineralocorticoid effect of administered and endogenous glucocorticoids.</p>	<p>Otras causas de la hipertensión</p> <p>La coartación aórtica reduce la perfusión renal y provoca la secreción de renina. Se caracteriza por la existencia de pulsaciones más débiles en las piernas que en los brazos. Los corticoides producen retención de sodio e hipertensión, efecto mineralcorticoide de los glucocorticoides administrados o endógenos.</p>

<p>Catecholamine release by a pheochromocytoma causes vasoconstrictive hypertension. Drugs can cause hypertension, especially steroids, ciclosporin, and estrogens in oral contraceptives. Obesity is often associated with hypertension.</p>	<p>La liberación de catecolamina por un feocromocitoma provoca hipertensión por vasoconstricción. Los fármacos pueden ocasionar hipertensión, especialmente los corticoides, la ciclosporina y los estrógenos de anticonceptivos orales. La obesidad se asocia con frecuencia a la hipertensión.</p>
<p>Pathogenesis of primary hypertension</p> <p>Essential or primary hypertension is characterized by an increase in peripheral resistance. This can be caused by two mechanisms which may coexist.</p>	<p>Patogenia de la hipertensión primaria</p> <p>La hipertensión esencial o primaria se caracteriza por un aumento de la resistencia periférica, que puede estar causado por dos mecanismos coexistentes.</p>
<p>High renin/salt resistant/dry essential hypertension</p> <p>These patients have raised renin levels for their body sodium content. This causes angiotensin II release with vasoconstriction, aldosterone secretion, and sodium retention. However, the filtration fraction and sodium excretion increase to a greater extent and the patient can become hypovolemic. The hypertension is salt resistant because salt excretion is not impaired. The excess angiotensin II causes vasoconstriction and also promotes vascular smooth muscle hypertrophy and proliferation.</p> <p>High renin and angiotensin II levels in hypertension correlate with vascular and end-organ damage. High angiotensin II</p>	<p>Hipertensión esencial con renina alta/resistente a la sal/seca</p> <p>Estos pacientes presentan una concentración de renina elevada con respecto al contenido de sodio de su organismo, lo que produce liberación de angiotensina II, vasoconstricción, secreción de aldosterona y retención de sodio. Sin embargo, la fracción de filtración y la excreción de sodio aumentan considerablemente y el paciente puede llegar a manifestar hipovolemia. Esta hipertensión es resistente a la sal porque la excreción de sal no se ve alterada. El exceso de angiotensina II causa vasoconstricción y también fomenta la hipertrofia y la proliferación del músculo liso vascular.</p> <p>Cuando se da este tipo de hipertensión, las concentraciones altas de renina y angiotensina II están relacionadas con el daño vascular y las</p>

<p>levels may downregulate nephrin in the glomerulus, leading to proteinuria. Mild hypovolemia may cause mild tissue ischemia. High renin hypertension responds best to inhibition of the renin—angiotensin II axis with angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers, or β-blockers (which inhibit renin secretion).</p>	<p>lesiones orgánicas específicas. Las concentraciones altas de angiotensina II pueden infrarregular la nefrina del glomérulo y provocar proteinuria. La hipovolemia leve puede causar isquemia tisular leve. La hipertensión con renina alta responde mejor a la inhibición del eje renina-angiotensina II con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina o betabloqueantes, que inhiben la secreción de renina.</p>
<p>Low renin/salt sensitive/wet essential hypertension</p> <p>These patients have renal sodium and water retention, which suppress renin secretion. The hypertension worsens with a high salt intake. Sodium retention may be caused by increased sympathetic adrenergic activity or a defect in sodium-coupled calcium transport. Excess sodium may cause vasoconstriction by altering smooth muscle calcium fluxes. Patients respond to sodium restriction, diuretics, α_1-adrenergic blockers, and calcium channel antagonists.</p>	<p>Hipertensión esencial con renina baja/sensible a la sal/húmeda</p> <p>Estos pacientes presentan retención de sodio y agua, lo que suprime la secreción de renina. La hipertensión empeora con un consumo de sal elevado. La retención de sodio puede deberse al aumento de la actividad simpática adrenérgica o un defecto en el transporte de calcio acoplado a sodio. El exceso de sodio puede producir vasoconstricción por la alteración de los flujos de calcio en el músculo liso. Los pacientes responden a la restricción de sodio, a los diuréticos, a los bloqueantes de los receptores adrenérgicos α_1 y a los antagonistas de los canales de calcio.</p>
<p>Clinical evaluation of hypertension</p> <p>Hypertension is diagnosed if blood pressure is raised above 140/90 on at least three separate occasions or is above 125/80 on 24-h ambulatory blood pressure monitoring. A large cuff must be used with a large arm, otherwise a falsely high reading will be obtained. The beginning of</p>	<p>Evaluación clínica de la hipertensión</p> <p>La hipertensión se diagnostica si la presión arterial se encuentra por encima de 140/90 en un mínimo de tres mediciones distintas o bien si supera los valores de 125/80 en una monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 24 horas. Si el brazo del paciente es grande, se debe utilizar un</p>

<p>the first sound indicates the systolic pressure and the end of the last sound the diastolic pressure. Hypertensive retinopathy confirms the presence of hypertension and may indicate malignant hypertension. Hypertension is often associated with obesity, excess alcohol intake, insulin resistance, and gout.</p> <p>Baseline investigations include urinalysis, a full blood count, serum electrolytes, lipid profile and glucose (preferably fasted), and electrocardiography (ECG), ideally with echocardiography to identify left ventricular hypertrophy. Hypokalemia suggests primary hyperaldosteronism.</p> <p>Further investigations may include uric acid, plasma and urinary catecholamine, or vanillylmandelic acid (VMA) levels to exclude pheochromocytomas, adrenal function tests to check for steroid excess, and renal angiography to exclude renal artery stenosis.</p> <p>Paired plasma renin and aldosterone levels can be useful in the presence of hypertension and hypokalemia. If both are raised, this suggests secondary hyperaldosteronism, such as that caused by</p>	<p>manguito grande; de lo contrario se obtendrá una cifra elevada errónea. El comienzo del primer sonido indica la presión sistólica y el final del último, la diastólica. La retinopatía hipertensiva confirma la presencia de hipertensión y puede indicar hipertensión arterial maligna. La hipertensión suele estar relacionada con la obesidad, el consumo de alcohol excesivo, la resistencia a la insulina y la gota.</p> <p>Las pruebas para obtener valores de referencia incluyen el análisis de orina, un hemograma completo, la determinación de electrolitos séricos, el lipidograma y el glucograma (preferiblemente en ayunas) y la electrocardiografía (ECG), si es posible con ecocardiografía para identificar hipertrofia ventricular izquierda. La hipopotasemia es un indicio de hiperaldosteronismo primario.</p> <p>En pruebas posteriores se puede incluir la concentración del ácido úrico, catecolaminas urinarias y plasmáticas o ácido vanililmandélico (AVM) para descartar feocromocitomas, pruebas funcionales suprarrenales para comprobar si hay exceso de corticoides, y una arteriografía renal para descartar la estenosis de la arteria renal.</p> <p>La presencia de unas concentraciones plasmáticas de renina y aldosterona igualadas puede ser útil cuando existe hipertensión e hipopotasemia. El hecho de que ambas estén elevadas indica que existe hiperaldosteronismo</p>
---	---

<p>high renin levels in renal artery stenosis (see Chapter 37). If the renin is low and the aldosterone is high, that suggests primary hyperaldosteronism. However, if both are low, then there may be another explanation for the apparent mineralocorticoid activity such as high glucocorticoid levels. Treatment with ACE inhibitors, AngII receptor blockers or diuretics can elevate the ratio of renin to aldosterone, but a very low or undetectable renin level raises the suspicion of primary hyperaldosteronism.</p>	<p>secundario, como el que se da en la estenosis de la arteria renal por la alta concentración de renina (véase el capítulo 37). La concentración de renina baja y la de aldosterona alta pueden ser indicio de hiperaldosteronismo primario. Sin embargo, si ambas están bajas, puede que haya otra explicación para la aparente actividad mineralocorticoide, como una alta concentración de glucocorticoides. El tratamiento con IECA, antagonistas de los receptores de angiotensina II o diuréticos puede aumentar el cociente aldosterona/renina, pero una concentración muy baja o indetectable de renina aumenta la sospecha de hiperaldosteronismo primario.</p>
--	---

Figura P.78:

TO	TM
Angiotensinogen	Angiotensinógeno
Angiotensin I	Angiotensina I
Angiotensin II	Angiotensina II
Systemic vasoconstriction	Vasoconstricción sistémica
Na ⁺ retention	Retención de Na ⁺
Aldosterone	Aldosterona
Hypovolemia	Hipovolemia
BP	PA
Hyperaldosteronism	Hiperaldosteronismo
Aortic coarctation	Coartación aórtica
Renal artery stenosis	Estenosis de la arteria renal
Nephron hypoperfusion	Hipoperfusión de la nefrona
Renin	Renina
Chronic renal disease	Enfermedad renal crónica
Intrinsic renal disease	Enfermedad renal intrínseca
Perceived hypoperfusion	Hipoperfusión detectada
End-stage renal failure	Insuficiencia renal terminal
High renin hypertension	Hipertensión con renina alta
Low renin essential hypertension	Hipertensión esencial con renina baja
Systemic vasoconstriction	Vasoconstricción sistémica
Renin	Renina
Angiotensin II	Angiotensina II
BP	PA
Abnormal kidney	Riñón anómalo
Aldosterone	Aldosterona
Normal kidney	Riñón sano
Poor flow	Flujo deficiente
Flow	Flujo
Renin secretion suppressed	Secreción de renina suprimida
Sodium excretion despite aldosterone	Excreción de sodio a pesar de la aldosterona
Mechanism of hypertension without fluid retention due to unilateral renal artery stenosis	Mecanismos de hipertensión sin retención de líquidos por estenosis unilateral de la arteria renal

1.2. Traducción de la introducción a los casos y del caso 1

Texto origen	Texto meta
<p>Case studies and questions</p> <p>For each case, read the clinical section first and try to assemble some ideas about what the problem might be. This is how the clinician would have to approach the problem in real life. Then look at the investigations and see whether or not your ideas are confirmed and answer the questions. Don't look at the explanatory answers until you have answered the questions yourself.</p>	<p>Casos clínicos y preguntas</p> <p>En cada caso, lee primero la sección clínica e intenta recopilar algunas ideas sobre el posible problema. Así es como los médicos tendrían que abordar el problema en la vida real. A continuación, mira las pruebas complementarias, comprueba si se cumplen o no tus ideas y responde a las preguntas. No mires las respuestas hasta que hayas contestado a las preguntas por ti mismo.</p>
<p>Caso clínico 1 y preguntas (p. 112):</p> <p>Case 1: A 10-year-old with generalized swelling</p> <p>A 10-year-old boy presented with generalized swelling. This had been present for 4 days and included swollen ankles and puffiness of the face. It started a few days after a mild cold with a runny nose. His only past medical history was of mild eczema. On examination, there were no abnormalities apart from the swelling, which included pitting edema around both ankles.</p> <p>Urinalysis showed protein +++ and a 24-h urine collection contained 10 g protein/24 h (10,000 mg/24h). His serum creatinine was</p>	<p>Caso 1: Niño de 10 años con edema generalizado</p> <p>Niño de 10 años que acudió a consulta por edema generalizado de cuatro días de evolución. Presentaba hinchazón en tobillos y cara. Comenzó hace varios días después de un resfriado leve con moqueo nasal. Su único antecedente médico era un eccema leve. Durante la exploración física, la única anomalía presente era la inflamación, que incluía edema con fóvea alrededor de los tobillos.</p> <p>El análisis de orina reveló proteínas (+++) y en una recogida de orina de 24 horas se obtuvo un valor de 10 g de proteína/24 h (10.000 mg/24 h).</p>

<p>normal at 601 $\mu\text{mol/L}$ (0.7 mg/dL), but his serum albumin was low at 20 g/L (2.0 g/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>What clinical syndrome does he have?</i> • <i>What is the probable pathological diagnosis?</i> • <i>What is the usual treatment?</i> 	<p>La creatinina sérica era normal, de 601 $\mu\text{mol/L}$ (0,7 mg/dL), pero la albúmina sérica estaba baja, en 20 g/L (2,0 g/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué síndrome clínico presenta?</i> • <i>¿Cuál es el posible diagnóstico anatomopatológico?</i> • <i>¿Cuál es el tratamiento habitual?</i>
<p>Answers</p> <p>Respuesta (pág. 116)</p> <p>Case 1: A 10-year-old with generalized swelling</p> <ul style="list-style-type: none"> • This boy has nephrotic syndrome with heavy proteinuria (>3.5 g/24 h), hypoalbuminemia, and peripheral edema causing the swelling. • In children, the most common cause of the nephrotic syndrome is minimal change nephropathy. This typically follows an upper respiratory infection and is more common in children with atopy (allergic eczema, asthma, and hay fever). • Minimal change nephropathy responds well to steroids. Proteinuria usually resolves completely and does not leave permanent renal damage. If the disease does relapse, ciclosporin is sometimes used to prevent further relapse. <p><i>See Chapters 30 and 33.</i></p>	<p>Respuestas</p> <p>Caso 1: Niño de 10 años con edema generalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este niño padece un síndrome nefrótico con proteinuria masiva (>3,5 g/24 h), hypoalbuminemia y edema periférico, que es lo que le provoca la inflamación. • En los niños, la causa más frecuente de síndrome nefrótico es la nefropatía de cambios mínimos que suele ser secundaria a una infección respiratoria de vías altas y que es más frecuente en niños que presentan atopia (dermatitis atópica, asma y rinitis alérgica). • La nefropatía de cambios mínimos responde bien a los corticoides. La proteinuria suele desaparecer totalmente y no deja ningún daño renal permanente. • Si la enfermedad vuelve a aparecer, se suelen utilizar ciclosporinas para prevenir recaídas posteriores. <p><i>Véanse los capítulos 30 y 33.</i></p>

1.3. Traducción del caso 7

Texto origen	Texto meta
<p>Caso clínico 7 y preguntas (p. 112):</p> <p>Case 7: Hypertension and renal impairment</p> <p>A 65-year-old smoker presented with a left-sided stroke. He had weakness of the left arm and leg. On examination, he had a blood pressure of 180/95, bilateral carotid bruits, and bilateral abdominal bruits.</p> <p>His plasma creatinine was elevated at 190 $\mu\text{mol/L}$ (2.2 mg/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>What could explain both his hypertension and his renal impairment?</i> • <i>What investigations might be helpful in diagnosing the cause of his hypertension?</i> • <i>What might happen if he was given an angiotensin-converting enzyme inhibitor?</i> 	<p>Caso 7: Hipertensión y alteración de la función renal</p> <p>Fumador de 65 años que acudió a consulta por un ictus en el lado izquierdo. Presentaba debilidad en las extremidades superior e inferior izquierdas.</p> <p>Durante la exploración física, la presión arterial era de 180/95 y se detectaron soplos bilaterales tanto carotídeos como abdominales.</p> <p>La concentración de creatinina plasmática era elevada, de 190 $\mu\text{mol/L}$ (2,2 mg/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuál podría ser la explicación tanto de la hipertensión como de la alteración de la función renal?</i> • <i>¿Qué pruebas complementarias podrían ser útiles para diagnosticar la causa de la hipertensión?</i> • <i>¿Qué podría pasar si se le administrara un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina?</i>

Respuesta (pág. 117)

Case 7: Hypertension and renal impairment

- The patient is a smoker who has had a stroke. The bruits indicate that he has vascular disease. The abdominal bruits are consistent with renal artery stenosis, which could cause both the hypertension and the renal impairment.
- Renal angiography is currently the best investigation for making a clear-cut diagnosis of renal artery stenosis.
- Angiotensin II levels are high in renal artery stenosis. Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers can cause a rapid deterioration in glomerular filtration rate in renal artery stenosis by blocking efferent arteriole vasoconstriction caused by angiotensin II.

See Chapters 34 and 37.

Caso 7: Hipertensión y alteración de la función renal

- El paciente es un fumador que ha sufrido un ictus. Los soplos indican que padece una enfermedad vascular. Los soplos abdominales son indicativos de estenosis de la arteria renal, que puede causar tanto hipertensión como alteración de la función renal.
- Actualmente, la arteriografía renal es la mejor prueba para realizar un diagnóstico claro de estenosis de la arteria renal.
- Los niveles de angiotensina II son altos cuando existe estenosis de la arteria renal. En los casos de estenosis de la arteria renal, la acción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina así como de los antagonistas de los receptores de angiotensina puede provocar un rápido deterioro en la velocidad de filtración glomerular puesto que estos neutralizan la vasoconstricción arteriolar eferente causada por la angiotensina II.

Veánse los capítulos 34 y 37.

2. Comentario

En este apartado se expondrá la metodología que se ha seguido en la asignatura de Prácticas profesionales, los diferentes problemas que se tuvieron que resolver y los recursos utilizados.

2.1. Metodología

La asignatura de Prácticas profesionales tenía como objetivo aplicar a una situación real todas las destrezas y conocimientos que se habían ido adquiriendo a lo largo de las diferentes asignaturas del máster, además del uso de una herramienta de traducción asistida por ordenador (TAO), MemoQ. Para ello, el manual de nefrología *The Renal System at a Glance* de la Editorial Médica Panamericana se dividió entre los alumnos que cursábamos las prácticas.

Para llevar a cabo la traducción del manual, se siguieron varias fases. En primer lugar, los profesores nos dividieron en grupos, por lo que trabajé con otras cuatro compañeras y a tres de nosotras nos encargaron un rol especial (investigadora, redactora-jefe y portavoz), como se indicó en la introducción. Como yo era la **portavoz** de mi grupo, me encargué de comunicar a los profesores nuestras dudas en los foros que se crearon para ello, así todo fue mucho más organizado y las dudas no se planteaban hasta que el grupo estaba de acuerdo.

La primera fase consistía en extraer la **terminología y en traducirla** para crear un glosario común. Los profesores contaban con una lista de términos de todo el manual que no era del todo correcta, ya que se obtuvo mediante un programa de reconocimiento de texto. Por este motivo, la dividieron entre el número de grupos y los componentes nos encargamos de filtrar los términos. El objetivo de este filtrado era corregir los posibles errores tipográficos que existían y eliminar las unidades léxicas no especializadas, las palabras que no tuvieran contenido léxico, los términos incompletos y los repetidos.

Cada grupo teníamos unos 540 términos que dividimos entre los componentes. El método de trabajo del grupo al que yo pertenecía, el 7, consistió en la creación de diferentes hilos dentro de nuestro foro grupal; uno para repartir los términos, organizar horarios y establecer fechas límite, otros para que cada una depositáramos posteriormente los términos filtrados y así las compañeras los revisaran y comentasen lo que considerasen necesario, un tercero llamado «Resumen diario» en el que la redactora escribía nuestra actividad diaria y, por último, el llamado «Dudas comunes», en el que copié las respuestas que los profesores nos daban a diferentes dudas en las que varias integrantes habíamos coincidido, para que las compañeras lo encontrasen de una forma más sencilla.

Después de recogerlos, los profesores volvieron a unir todos los términos y a dividirlos de nuevo para que comenzásemos con su traducción. En este caso debíamos traducir los términos según el contexto en el que aparecían en la obra. Como esta fase tenía bastante dificultad, lo normal es que surgieran dudas, para ello los profesores crearon dos foros, el de «Dudas

terminológicas resueltas» y el de «Dudas terminológicas no resueltas». En ellos los portavoces tuvimos que exponer diariamente las dudas terminológicas que habíamos conseguido resolver en el foro grupal y las que no, para que los profesores nos ayudasen y entre todos consiguiéramos la traducción adecuada.

Cuando se resolvieron todas las dudas, los portavoces creamos un Excel con los términos de nuestro grupo y los compartimos en una hoja de Excel común de Google.

Para esta parte de la asignatura, en mi grupo nos organizamos de la siguiente manera:

1. Repartimos los términos y acordamos que entregaríamos unos 10 al día.
2. Creamos hilos individuales en los que íbamos subiendo los términos que resolvíamos. Como se supone que estos no necesitarían demasiada revisión, y para ahorrar tiempo, decidimos que cada persona revisaría únicamente los términos resueltos de dos compañeras. Por supuesto, se podían hacer comentarios siempre que no se estuviera de acuerdo en algo.
3. Para los términos que no se habían resuelto individualmente, creamos hilos diferentes en los que participábamos todas y que titulábamos con el nombre de la persona, el término y el día, así me fue más fácil subir los comentarios a diario en los foros.
4. Normalmente al final del día, a veces a la mañana siguiente, se escribían en los foros de la asignatura las dudas que habíamos tenido.
5. Para organizar los términos que teníamos resueltos y los que no, y facilitar la subida a los foros de la asignatura también se creó un hilo.
6. Finalmente creé otro para las respuestas de los profesores a las dudas terminológicas; cuando no se resolvían, trasladaba la respuesta al grupo y seguíamos debatiendo hasta encontrar la mejor solución.

Además, había de nuevo un hilo para escribir el trabajo diario.

En el último paso de esta fase los profesores revisaron el glosario que habíamos entregado y nos fueron enviando otros términos que no estaban en el glosario, términos que tenían más traducciones de las que habíamos puesto o términos incorrectos. Como yo era la que me comunicaba con ellos, seguí abriendo hilos en nuestro foro con el nombre «Revisión grupo 7 y el término» para que todas pudiésemos investigar y llegar a una solución común. El debate terminaba cuando tanto los profesores como las alumnas estábamos de acuerdo. El último paso de esta fase fue entregar todos los términos que habíamos solucionado y los que ya teníamos antes de la fase de revisión para que los profesores elaborasen el glosario que utilizamos como base terminológica en la fase de traducción con el programa MemoQ.

La segunda fase consistió en **preparar los ficheros Word y analizar los textos** que nos habían asignado a cada uno. Como los textos que teníamos convertidos a Word se habían hecho

mediante una herramienta de reconocimiento de textos OCR, había algunas palabras o símbolos mal reconocidos e incluso palabras incompletas. Lo que tuvimos que hacer fue leer nuestros textos y corregir todos los fallos, teniendo en cuenta el archivo original, para solucionar posibles dudas. Como el objetivo de esta fase era que el programa MemoQ reconociese bien el texto, los profesores nos recomendaron que eliminásemos todos los saltos de sección y los cuadros de texto que aparecían con el número de página y los datos editoriales, información que añadirían posteriormente los revisores de la obra una vez terminada. Asimismo, el texto de las figuras lo extrajimos en una tabla y los casos clínicos en otro documento.

Para plantear las dudas relacionadas con esta fase, se creó otro hilo en el que las integrantes del grupo planteábamos las dudas para que yo las trasladara a los foros de dudas de los profesores y donde luego les devolvía las respuestas.

La tercera fase era la de **traducción**, pero en ella se llevaron a cabo otras tareas. Lo primero que tuvimos que hacer fue plantear las dudas conceptuales y terminológicas. El procedimiento que seguimos en mi grupo fue incluir en los hilos de «Dudas terminológicas internas» y de «Dudas conceptuales» las diferentes dudas que iban surgiendo para solucionarlas entre todas y luego yo las pasaba a los diferentes foros que crearon los profesores mediante el mismo procedimiento que en las fases anteriores. Sin embargo, esta fase duró más de lo establecido porque nos costó más a todos plantear las dudas sin haber comenzado todavía a traducir.

Además, en esta fase los profesores tuvieron que reajustar los grupos porque no todos los compañeros pudieron seguir el ritmo de trabajo que la asignatura requería. Otro de los cambios que realizaron fue eliminar las figuras de portavoz e investigador porque se pensó que era demasiada carga para una sola persona. Así, de mi grupo salieron dos personas y se unió otra, por lo que finalmente las componentes que nos quedamos fuimos Alejandra Adarve, Estefanía Ayllón, Ana Rodríguez y yo.

Ya en la fase de traducción, nuestra redactora Ana se encargó de preparar un documento con Google en el que nos organizamos para entregar las traducciones. Las fases anteriores resultaron más duras que esta última puesto que la elaboración del glosario era algo que requería mucha documentación y trabajo en grupo, en cambio, la traducción fue mucho más fácil gracias al glosario y a la excelente ayuda de mis compañeras.

A partir de aquí lo que teníamos que hacer era empezar a traducir. Para ello volvimos a cambiar el documento de planificación y cambiamos el planteamiento que teníamos. Antes habíamos pensado que dos o tres personas debían traducir cada día, sin embargo la cuatro decidimos que era mucho mejor que solo lo hiciese una para facilitar la fase de revisión (finalmente a una de las compañeras se le asignó más texto, pero no fueron muchos días los que tuvimos que realizar la revisión de dos textos, por lo que no fue complicado ya que estábamos

muy bien organizadas). Cada mañana, o incluso el día anterior, la integrante a la que le tocara ponía su traducción y las compañeras teníamos todo el día para comentar lo que creyésemos necesario. Siempre dejamos muy claro lo que pensábamos que eran fallos y lo que eran simples posibilidades a su traducción. Cuando todas habíamos dejado nuestros comentarios, la traductora los analizaba y aplicaba los cambios que creía necesarios justificando los que no aplicaba. Finalmente, lo volvía a subir en formato .rtf, la redactora lo leía de nuevo y realizaba cambios mínimos que a la traductora se le hubiesen podido escapar, si había alguno, y se lo volvía a entregar tras explicarle los cambios. Debo destacar que esta parte fue muy enriquecedora porque la comunicación entre las componentes era fantástica, siempre se exponían los comentarios con mucho respeto y pudimos aprender mucho las unas de las otras. Finalmente, la redactora se encargó de subir todos los capítulos y casos para que los profesores los recogieran y, por último, se llevó a cabo la fase de revisión conceptual, por parte de los profesores, y estilística, con ayuda de las revisoras, para unificar la obra completa.

Como se ha comentado anteriormente, para la traducción de los fragmentos se utilizó el programa MemoQ, en el que se dividieron los textos en tres partes, una por entrega. Para ello, se utilizó el bloqueo de fragmentos del programa y las herramientas de exportación e importación.

Por último, me gustaría destacar la gran labor de los profesores en el reparto de los roles. Aunque a veces era algo complicada porque tenía que volver a redactar todas las dudas y subirlas diariamente, me ha parecido muy provechosa la labor que he realizado al encargarme de la comunicación entre mi grupo y los profesores porque me considero una persona muy organizada y no he tenido ningún problema al llevarlo a cabo; de hecho, ha sido una labor muy enriquecedora. Y lo mismo debo señalar tanto de mi compañera Ana, cuya labor como redactora ha sido impecable, como de Alejandra y Estefanía porque la calidad de las traducciones que entregaban era admirable.

2.2. Problemas de traducción

En este apartado se expondrán los problemas más representativos a los que me he tenido que enfrentar para realizar la traducción del texto y las soluciones. Puesto que Amparo Hurtado Albir es una profesional de la traducción que ha analizado nuestra profesión en numerosas ocasiones, he elegido su clasificación para dividir los problemas de traducción, aunque no se vayan a tratar todos los que la autora señala.

Así, la clasificación que la autora propone divide los problemas en cuatro categorías (Hurtado Albir, 2008: 288): **lingüísticos**, en los que incluye los léxicos, morfosintácticos, estilísticos y textuales; **extralingüísticos**, problemas temáticos, enciclopédicos o culturales; **instrumentales**, relacionados con herramientas informáticas y **pragmáticos**, los que tienen que ver con la intención del autor o las características del encargo.

En esta traducción, la mayoría de problemas que han surgido han sido lingüísticos y extralingüísticos debido al poco conocimiento especializado del ámbito en el que se desarrolla la traducción; además, como se trata de una traducción equifuncional, no han surgido problemas pragmáticos y, por último, tampoco problemas instrumentales, por lo que no se tratarán.

Para que sean más fáciles de contrastar, se han resaltado en otro color los problemas que se tratan en cada ejemplo.

2.2.1. Problemas lingüísticos

1. Plano léxico

a. Epónimos

Según la definición de José Luis Puerta y Assupta Mauri (1995: 19) que utiliza Esther Vázquez y del Árbol en uno de sus artículos de la revista *Panace@* (2006: 307), los epónimos son términos en los que «el significado se asocia al nombre propio de una persona», pero también pueden hacer referencia a un topónimo (Gutiérrez Rodilla, 2015).

En el texto que he tenido que traducir solo hay uno pero, como comenta M. Ángeles Alcaraz (2002: 55), la presencia de epónimos es «uno de los rasgos más característicos del lenguaje de las ciencias de la salud», por eso no he querido dejar de hablar de ellos en mi trabajo. Su presencia en este ámbito suele estar relacionada con los médicos o científicos que descubrieron la parte anatómica, el proceso fisiológico o, como en el ejemplo que aparece en este texto, una enfermedad, sin embargo, suelen provocar problemas cuando no hay unanimidad en cuanto al descubridor.

Liddle's syndrome of pseudohyperaldosteronism also causes excess sodium retention, hypokalemia, and hypertension.	El síndrome de Liddle, un tipo de seudohiperaldosteronismo, también provoca una retención excesiva de sodio e hipertensión, si bien cursa con hipopotasemia.
---	--

b. Siglas

Las siglas son elementos que también suelen provocar problemas en las traducciones. El nivel de especialización de los lectores es un factor clave a la hora de utilizarlas, puesto que si estas no se traducen pueden llegar a confundirlos (Amador Domínguez, 2007: 122). Como señala M. Gonzalo Claros Díaz, el uso de siglas hace que se ahorre tiempo y espacio (2008: 156), sin embargo, es muy importante considerar que no siempre hay que traducirlas, de hecho solo habría que hacerlo cuando tengan una forma en español reconocida (Gonzalo Claros, 2008: 156) porque de lo contrario entorpecerán la lectura puesto que no se sabrá de lo que se está hablando.

Algunos ejemplos de siglas que han aparecido en mi fragmento son:

- GFR → VFG.

Esta es la sigla que más problemas ha provocado, ya que había que tener muy presente la traducción del término porque *glomerular filtration rate* puede traducirse por «velocidad de filtración glomerular» o «tasa de filtración glomerular» y la sigla debía traducirse según el término por el que nos decantásemos.

Por otro lado, la mayoría de las que aparecen en el texto se han traducido porque su forma en español se reconoce fácilmente:

ECG → ECG	VMA → AVM	ACE inhibitors → IECA	BP → PA
-----------	-----------	-----------------------	---------

c. Terminología médica

En este apartado no hay muchos términos que destacar porque la mayoría ya se habían traducido en la fase terminológica y la base resultante fue la que utilizamos para traducir. Sin embargo, a pesar de ello, hay uno en concreto sobre el que siempre debemos documentarlos para tener clara la acepción a la que se refiere. La palabra *drug*, como indica Fernando Navarro en la tercera edición del *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, al que se hará referencia en el resto del trabajo como «LR» o «Libro Rojo», tiene tres acepciones (Navarro, 2015):

- Droga/estupefaciente.
- Fármaco/principio activo/sustancia farmacéutica.
- Medicamento/ especialidad farmacéutica.

Como señalan Pablo Mugüerza, Lida Barbetti Vros y Lorenzo Gallego-Borghini (2010: 24), no debemos traducirlo como *droga* cuando estemos hablando de *fármaco* o *medicamento* puesto que se podrá entender como *estupefaciente* (2011:24). Así, puede ser fácil en la mayoría de los casos saber si se está refiriendo a una droga, sin embargo cuando aparece la diferencia entre un medicamento o un fármaco, la cuestión se complica y hay que estar muy seguros de los elementos a los que hace referencia el término para no equivocarnos.

Esto es lo que hice para solucionar este problema. Así, por ejemplo, la definición de ciclosporina del *DTM* es (RANM, 2012):

Antibiótico inmunosupresor aislado del hongo *Tolypocladium inflatum* que inhibe la actividad de la calcineurina, la activación de los linfocitos T y la producción de linfocinas. De efecto depresor de la respuesta inmunitaria, se utiliza en el trasplante de órganos y tejidos para la profilaxis y tratamiento del rechazo del injerto y en enfermedades con componente autoinmunitario. Se administra por vía oral o intravenosa.

Así, la ciclosporina es un antibiótico y este es un fármaco: «Fármaco o sustancia de acción antibacteriana» (RANM, 2012).

Por tanto, la traducción que propuse en el párrafo en el que aparecía este término fue:

Drugs can cause hypertension, especially steroids, ciclosporin, and estrogens in oral contraceptives.	Los fármacos pueden ocasionar hipertensión, especialmente los corticoides, la ciclosporina y los estrógenos de anticonceptivos orales.
--	---

d. Falsos amigos

Entender el texto en inglés es clave para poder hacer una buena traducción al español y, como señala Vázquez y del Árbol (2006: 308), esto incluye saber detectar esas «palabras que se escriben o pronuncian de forma semejante en dos lenguas diferentes pero que no significan lo mismo», o bien tienen el mismo significado en algunas acepciones, pero no en otras, es decir, los *falsos amigos*.

Hay algunos que son comúnmente conocidos, y de los que se ha hablado mucho, como *severe* que Fernando Navarro trató hasta en una de sus colaboraciones en la revista *Puntoycoma* (2008) u otros como *eventually* o *actually* que aparecen en su *LR* o en el artículo de Aleixandre Benavent y A. Amador Iscla (2001: 148).

No obstante, en el texto aparecen otros, no tan comunes, que pueden provocar confusión:

- **Impairment:**

Severe renal impairment reduces sodium excretion and causes hypervolemia and hypertension, which is 'salt sensitive' because it is increased by salt intake.	La alteración grave de la función renal reduce la excreción de sodio y provoca hipervolemia e hipertensión «sensible a la sal» denominada así porque aumenta con el consumo de esta.
---	---

En palabras de Fernando Navarro (2015),

impairment. Palabra traidora; en la mayor parte de los casos no significa 'empeoramiento', sino deficiencia, alteración, afectación, disfunción, compromiso, disminución, defecto, deterioro, trastorno o insuficiencia, según el contexto.

Así, en este caso se trata de un falso amigo propiamente y se decidió elegir el término *alteración* porque era el que mejor encajaba en la traducción; sin embargo en el siguiente ejemplo el problema aparece en una de sus acepciones.

- **Steroids:**

Steroids cause sodium retention and hypertension. This is a mineralocorticoid effect of administered and endogenous glucocorticoids.	Los corticoides producen retención de sodio e hipertensión, efecto mineralcorticoide de los glucocorticoides administrados o endógenos.
---	--

En este caso se debe prestar atención a la acepción del término relacionada con la farmacología del *LR* (Navarro, 2015):

corticoesteroide, corticoide (o, como adjetivo, corticoesteroideo o corticoideo). Los médicos de habla inglesa suelen utilizar la palabra *steroid* de forma impropia para referirse solo a los esteroides corticosuprarrenales o corticoesteroides.

2. Plano morfosintáctico

a. *-ing forms*

De nuevo, como expone Fernando Navarro en su *Libro Rojo* (2015), **la desinencia verbal -ing** suele plantear problemas de traducción porque puede hacer que la palabra a la que acompañe actúe como infinitivo, sustantivo verbal, adjetivo verbal, preposición, partícula de relativo, etc. y, por supuesto, como gerundio. Por tanto, como señala Nidia Amador Domínguez (2007: 121), tenemos que estar atentos cuando traducimos estas formas verbales porque no siempre son gerundios, como puede ser al comenzar un título en español.

En palabras de Gonzalo Claros (2006:92),

En español, el gerundio se usa principalmente para dar idea de simultaneidad o de anterioridad con relación a otra acción. En cambio, en inglés, tiene muchas otras aplicaciones, y es frecuente que no se corresponda con el del español.

A pesar de que muchos autores coinciden en que hay que tener cuidado con el gerundio, el único uso en el que hay unanimidad es cuando tiene valor adverbial e indica la duración de un proceso o se refiere a una acción anterior a la que expresa el verbo principal (Mendiluce Cabrera, 2002: 74).

Estos son algunos de los ejemplos y las diferentes soluciones aportadas para evitar el uso abusivo de gerundios:

Renal artery stenosis (see Chapter 37) reduces renal blood flow and the glomerular filtration rate (GFR), stimulating renin release and angiotensin II production.	La estenosis de la arteria renal (véase el capítulo 37) reduce el flujo sanguíneo renal y la velocidad de filtración glomerular (VFG), estimulando así la liberación de renina y la producción de angiotensina II.
High angiotensin II levels may downregulate nephrin in the glomerulus, leading to proteinuria. Mild hypovolemia may cause mild tissue ischemia.	Las concentraciones altas de angiotensina II pueden infrarregular la nefrina del glomérulo y provocar proteinuria.
Excess sodium may cause vasoconstriction by altering smooth muscle calcium fluxes.	El exceso de sodio puede producir vasoconstricción por la alteración de los flujos de calcio en el músculo liso.
Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers can cause a rapid deterioration in glomerular filtration rate in renal artery stenosis by blocking efferent arteriole vasoconstriction caused by angiotensin II.	En los casos de estenosis de la arteria renal, la acción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina así como de los antagonistas de los receptores de angiotensina puede provocar un rápido deterioro en la velocidad de filtración glomerular puesto que estos neutralizan la vasoconstricción arteriolar eferente causada por la angiotensina II.

No obstante, como se ha señalado anteriormente, las formas terminadas en *-ing* no funcionan solamente como gerundios. En los siguientes ejemplos se puede apreciar su uso como sustantivos, adjetivos o como infinitivos.

The key determinant of systemic vascular resistance is vasoconstriction of arterioles and the key determinant of circulatory volume is renal sodium handling .	El principal factor determinante de la resistencia vascular sistémica es la vasoconstricción de las arteriolas y el de la volemia, la regulación renal del sodio.
Excess aldosterone increases renal sodium retention and potassium secretion. The resulting hypervolemia causes hypertension.	El exceso de aldosterona aumenta la retención renal de sodio y la secreción de potasio, lo que provoca hipervolemia causa hipertensión.
Case 1: A 10-year-old with generalized swelling which included pitting edema around both ankles.	Caso 1: Niño de 10 años con edema generalizado que incluía edema con fóvea alrededor de los tobillos.
What investigations might be helpful in diagnosing the cause of his hypertension?	¿Qué pruebas complementarias podrían ser útiles para diagnosticar la causa de la hipertensión?
Renal angiography is currently the best investigation for making a clear-cut diagnosis of renal artery stenosis.	Actualmente, la arteriografía renal es la mejor prueba para realizar un diagnóstico claro de estenosis de la arteria renal.

b. Voz pasiva

Otro de los errores comunes que señala Amador Domínguez en su artículo sobre los errores en la traducción de artículos científicos es el abuso de la **voz pasiva** en español (Amador Domínguez, 2007: 123) tan frecuente en inglés. Así, como se puede apreciar en el análisis de Vázquez y del Árbol (2006: 311), en español se prefiere el uso de la voz activa o de la pasiva refleja.

Tanto el uso abusivo de gerundios como el de la voz pasiva son rasgos característicos del inglés que debemos evitar en español. Sin embargo, al contrario que el uso de gerundios, que no era tan excesivo, el de la pasiva sí lo ha sido. Por motivos de espacio solo expondré algunos de los ejemplos, pero si se observa el TO, se puede apreciar la increíble cantidad de veces en la que se utiliza esta estructura.

En la mayoría de los casos se utilizó la pasiva refleja, sin embargo en este ejemplo se ve como se ha intentado no repetir la estructura y se alterna esta con la voz activa:

Renin production is suppressed because renal perfusion pressure and sodium chloride delivery to the macula densa are increased .	En cambio, la producción de renina se suprime porque aumentan la perfusión renal y la entrada de cloruro sódico en la mácula densa.
--	---

c. Adverbios terminados en *-ly*

Otra de las formas que se utilizan mucho en inglés son los **adverbios que terminan en *-ly***, traducidos con frecuencia en español como **adverbios terminados en *-mente***. Sin embargo, como señala Amador Domínguez (2007: 121), uno de los diez errores más comunes en la traducción de artículos científicos es abusar de estos adverbios, por tanto hay que buscar otras soluciones como he hecho en mi traducción.

También ha tratado este problema Fernando Navarro en el *Libro Rojo* (2015), en el que expone que el español es un idioma que no acepta tanto la repetición como el inglés, además de que los adverbios terminados en *-mente* son más largos. Por tanto, los textos en los que estos adverbios abundan demasiado hacen que los veamos como mal redactados, razón por la que es tan importante revisar bien un texto cuando hayamos terminado de traducir y buscar soluciones si detectamos un uso abusivo de estos adverbios.

En mi texto de origen no considero que hubiera una cantidad excesiva de adverbios terminados en *-ly*; sin embargo, en los siguientes ejemplos se puede comprobar que no todos se han traducido por adverbios terminados en *-mente*, bien porque estaban cerca o porque había soluciones mejores. Como señala Fernando Navarro (2015) una buena solución es sustituirlos por circunloquios «de forma, de modo o de manera». También es importante señalar que no se deben eliminar todos los adverbios terminados en *-mente* que aparezcan, simplemente se debe buscar la mejor solución para cada momento.

If both kidneys are affected, the hypervolemia and hypertension eventually restore renal perfusion and renin levels fall slightly .	Si afecta a ambos riñones, a la larga , la hipervolemia y la hipertensión restablecen la perfusión renal y los niveles de renina disminuyen ligeramente .
Coarctation of the aorta reduces renal perfusion and triggers renin secretion Characteristically , pulses are weaker in the legs than in the arms.	La coartación aórtica reduce la perfusión renal y provoca la secreción de renina. Se caracteriza por la existencia de pulsaciones más débiles en las piernas que en los brazos.
In children, the most common cause of the nephrotic syndrome is minimal change nephropathy. This typically follows an upper respiratory infection and is more common in children with atopy	En los niños, la causa más frecuente de síndrome nefrótico es la nefropatía de cambios mínimos que suele ser secundaria a una infección respiratoria de vías altas y que es más frecuente en niños que presentan atopia
Renal angiography is currently the best investigation for making a clear-cut diagnosis of renal artery stenosis.	Actualmente , la arteriografía renal es la mejor prueba para realizar un diagnóstico claro de estenosis de la arteria renal.

d. Omisión del artículo determinado

Como señala Fernando Navarro (2008: 218), los científicos están tan acostumbrados a leer textos en los que, por influencia del inglés, se **omite el artículo determinado** que puede que ni se den cuenta de que este uso es erróneo. En esta traducción se ha querido evitar este uso incorrecto (que aparece directamente en la primera oración) y se ha optado por incluir el artículo siempre que fuera correcto en español. Algunos ejemplos son:

Hypertension is defined as blood pressure greater than 140/90 mmHg.	La hipertensión se define como la presión arterial superior a los 140/90 mm Hg.
Treatment improves the prognosis	El tratamiento mejora el pronóstico.
Blood pressure is determined by cardiac output, systemic vascular resistance, and circulatory volume.	La presión arterial está determinada por el gasto cardíaco, la resistencia vascular sistémica y la volemia.

De nuevo por espacio, solo he incluido algunos ejemplos, pero es representativo que ya en el primer párrafo haya tres; en definitiva, es una característica muy propia del inglés por la que no debemos dejarnos llevar.

No obstante, un caso diferente es lo que ocurre en los **casos clínicos**, que en inglés suelen incluir el artículo indeterminado, sin embargo, en español lo normal es eliminarlo, como se ha hecho en esta traducción tras consultar otros casos como los que aparecen la publicación *Anatomía Humana en Casos Clínicos* (2015: 311) de la editorial Panamericana. A continuación se exponen tanto un ejemplo de la publicación como los que aparecen en mi texto.

Ejemplo de la publicación:	
Presentación del caso: Mujer de 24 años de edad que acudió para valoración médica. (2015: 311).	
A 10-year-old with generalized swelling.	Niño de 10 años con edema generalizado.
A 65-year-old smoker presented with a left-sided stroke.	Fumador de 65 años que acudió a consulta por un ictus en el lado izquierdo.

3. Plano estilístico

Además de traducir correctamente, es muy importante conservar la naturalidad del texto. Por esta razón, a veces hay que tener muy en cuenta que hacer una revisión final es imprescindible para unificar todos esos aspectos que hagan que el texto no parezca original.

a. Figuras retóricas

Como señala Bertha Gutiérrez Rodilla (2003: 61), la medicina también utiliza recursos más propios de la literatura, como las figuras retóricas, aunque a veces no lo apreciamos. Estas hacen que la lectura sea más fácil y son un buen recurso estilístico, pero que también hay que tener en cuenta para traducir.

Elipsis: El texto en inglés tiende a repetir las mismas palabras varias veces en la misma oración o en una muy próxima. El problema puede surgir ante la duda de si mantener las mismas palabras en español o, de lo contrario, buscar otra solución que haga que el texto no sea tan repetitivo. Para solucionar estos problemas, lo mejor es guiarnos por el sentido común, por eso solo en algunas ocasiones se ha mantenido la repetición tras leer atentamente el fragmento, como en estos ejemplos:

Renal angiography is currently the best investigation for making a clear-cut diagnosis of renal artery stenosis.	Actualmente, la arteriografía renal es la mejor prueba para realizar un diagnóstico claro de estenosis de la arteria renal .
Angiotensin II levels are high in renal artery stenosis.	Los niveles de angiotensina II son altos cuando existe estenosis de la arteria renal .

Sin embargo, en estos se ha utilizado la elipsis:

If a cause is identified, hypertension is said to be secondary; if there is no identifiable cause , it is termed primary or essential hypertension .	Si se identifica la causa, la hipertensión es secundaria; si se desconoce , se denomina hipertensión primaria o esencial.
The key determinant of systemic vascular resistance is vasoconstriction of arterioles and the key determinant of circulatory volume is renal sodium handling.	El principal factor determinante de la resistencia vascular sistémica es la vasoconstricción de las arteriolas y el de la volemia , la regulación renal del sodio.

b. División o unión de oraciones

Otra de las características en las que se diferencia el inglés del español es que en inglés se utilizan más las **frases cortas** que en español porque, como aconseja Vázquez y del Árbol (2006: 136), en español el uso de frases muy cortas puede dejarnos con la sensación de que falta algo. Por eso, he intentado unir algunas de las frases del TO para que el texto en español fuera más natural, modificando o añadiendo signos de puntuación e intentando que las frases encajaran de la mejor forma posible.

No obstante, en el segundo ejemplo, se puede apreciar como a veces también es importante hacer divisiones para que el resultado sea el que queremos, porque tan malo es abusar de las frases cortas como de las que son demasiado largas.

Hypertension is defined as blood pressure greater than 140/90 mmHg. It can damage vessels and organs and increases mortality.	La hipertensión se define como la presión arterial superior a los 140/90 mm Hg, puede dañar los vasos y los órganos y la mortalidad.
If only one kidney is normal, the hypertension increases its GFR. This promotes sodium excretion by the healthy kidney, but the stenosed kidney remains underperfused and continues to produce very high renin levels.	Si solo uno de los riñones funciona de manera adecuada, la hipertensión aumenta su VFG, lo que estimula la excreción de sodio. Por el contrario, el riñón estenosado permanece menos perfundido de lo normal y continúa produciendo niveles muy altos de renina.
Steroids cause sodium retention and hypertension. This is a mineralocorticoid effect of administered and endogenous glucocorticoids.	Los corticoides producen retención de sodio e hipertensión, efecto mineralcorticoide de los glucocorticoides administrados o endógenos.
These patients have raised renin levels for their body sodium content. This causes angiotensin II release with vasoconstriction, aldosterone secretion, and sodium retention.	Estos pacientes presentan una concentración de renina elevada con respecto al contenido de sodio de su organismo, lo que produce liberación de angiotensina II, vasoconstricción, secreción de aldosterona y retención de sodio.

4. Plano textual

a. Cohesión textual

Como señala Mona Baker (1992:180), la **cohesión** es un elemento clave en cualquier texto. Cabe señalar que esta autora incluye la elipsis dentro de los mecanismos de cohesión, pero he creído conveniente incluirlo en el plano estilístico porque considero que también forma parte de él. Como se ha indicado en la introducción, en este encargo se pedía una traducción equifuncional, por tanto la función que se persigue con ambos textos es la misma, sin embargo, los mecanismos de cohesión que cada idioma utiliza para conseguir esa función son diferentes y se deben mantener para conseguir un texto fluido. Algunos de los mecanismos de cohesión existentes son los diferentes usos de los conectores o de la puntuación, como se puede ver en los siguientes ejemplos en los que se cambia o se añade algo para conseguir que el texto mantenga la cohesión textual.

A large cuff must be used with a large arm, otherwise a falsely high reading will be obtained.	Si el brazo del paciente es grande, se debe utilizar un manguito grande; de lo contrario se obtendrá una cifra elevada errónea.
Renal artery stenosis (see Chapter 37) reduces renal blood flow and the glomerular filtration rate (GFR), stimulating renin release and angiotensin II production.	La estenosis de la arteria renal (véase el capítulo 37) reduce el flujo sanguíneo renal y la velocidad de filtración glomerular (VFG), estimulando así la liberación de renina y la producción de angiotensina II.
If only one kidney is normal, the hypertension increases its GFR. This promotes sodium excretion by the healthy kidney, but the stenosed kidney remains underperfused and continues to produce very high renin levels.	Si solo uno de los riñones funciona de manera adecuada, la hipertensión aumenta su VFG, lo que estimula la excreción de sodio. Por el contrario, el riñón estenosado permanece menos perfundido de lo normal y continúa produciendo niveles muy altos de renina.
Renin production is suppressed because renal perfusion pressure and sodium chloride delivery to the macula densa are increased.	En cambio, la producción de renina se suprime porque aumentan la perfusión renal y la entrada de cloruro sódico en la mácula densa.

2.2.2. Problemas extralingüísticos

En una traducción influyen muchos factores. En el apartado anterior se han comentado los que tienen que ver con la lengua, pero la cultura, el contexto y el tema de la traducción son aspectos tan importantes como los lingüísticos.

1. Plano enciclopédico

A pesar de todos los problemas comentados anteriormente, los más difíciles de resolver fueron, sin duda, los relacionados con la falta de conocimiento sobre el campo de la traducción, ya que estos no se resuelven con simples consultas, se necesita mucha más investigación y, en la mayoría de los casos, la ayuda de expertos.

Como he comentado en el apartado de metodología, antes de empezar a traducir debíamos familiarizarnos con el texto y plantear las dudas de comprensión que teníamos. Algunas de ellas las resolvimos con textos paralelos, sin embargo otras solo las pudimos resolver con la ayuda de expertos como Ignacio, Mercè o Rita.

En este apartado se expondrán algunos de los fragmentos que provocaron problemas de comprensión y las soluciones adoptadas.

- **Impairment**

The hypertension is salt resistant because salt excretion is not impaired.	Esta hipertensión es resistente a la sal porque la excreción de sal no se ve alterada.
--	--

El verbo *to impair* puede tener varios significados, como muestra el LR (Navarro, 2015):

Impairment: Palabra traidora; en la mayor parte de los casos no significa ‘empeoramiento’, sino deficiencia, alteración, afectación, disfunción, compromiso, disminución, defecto, deterioro, trastorno o insuficiencia, según el contexto.

El problema de esta frase era que no quedaba del todo claro lo que pasaba con la sal. Finalmente, gracias a la utilización de textos paralelos y a la ayuda de profesores, entendí que en un enfermo que sufre hipertensión resistente a la sal, si se elimina la sal, la tensión se mantiene alta porque se produce una elevación inapropiada de la renina para el contenido de sodio del organismo; de hecho, este tipo de hipertensión también se denomina *hipertensión con renina alta*.

Los textos paralelos que utilicé aparecían en la página de Elsevier (*Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal* y *Aplicación práctica de la evaluación de la sensibilidad a la sal*).

- **To respond**

Patients respond to sodium restriction, diuretics, α_1-adrenergic blockers, and calcium channel antagonists.	Los pacientes responden a la restricción de sodio, a los diuréticos, a los bloqueantes de los receptores adrenérgicos α_1 y a los antagonistas de los canales de calcio.
--	--

En este caso el problema surgió ante la duda de traducir el verbo *to respond* por *mejorar*, ya que no tenía claro que se pudiese utilizar el verbo responder con un paciente. Sin embargo, se demostró que sí se utiliza, además, se supone que mejorarán, pero eso no es lo que el autor quiere decir y no debemos añadir información.

La solución la encontré en la entrada del LR a *response* (Navarro, 2015):

response. Palabra traidora; no significa ‘responso’ (*prayer for the dead*), sino: 1 **respuesta.** ► Obsérvese que en inglés distinguen entre *to answer* (responder, en el sentido de contestar oralmente o por escrito a una pregunta) y *to respond* (responder, en el sentido de reaccionar o corresponder con una acción a otra). En español, hace tiempo que dejó de extrañarnos que los pacientes ‘respondan’ al tratamiento cuando reaccionan favorablemente a él, pero sigue habiendo muchas circunstancias donde puede ser aconsejable buscar para *response* otras posibilidades de traducción que no sean ‘respuesta’.

- **Protein +++**

Urinalysis showed protein +++ and a 24-h urine collection contained 10 g protein/24 h (10,000 mg/24h).	El análisis de orina reveló proteínas (+++) y en una recogida de orina de 24 horas se obtuvo un valor de 10 g de proteína/24 h (10.000 mg/24 h).
---	---

El principal problema que apareció en este apartado fue comprender a qué hacían referencia esas cruces. En la página de la Clínica DAM (2009) de Madrid encontré que «Para una muestra de orina de 24 horas, el valor normal es menor a 150 mg por 24 horas», por lo tanto se comprobó que en este caso la concentración de proteínas en la orina era bastante elevada. Así, las cruces hacían referencia a la presencia de proteínas en orina y van de 0 a 4. Otros de los textos paralelos que consulté fue un artículo de la página de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León sobre proteinuria en el que se trata la lectura de las cruces y otro de la Revista Nefrología.

2. Plano cultural

Por último, cabría comentar que la cultura y el contexto son claves en la traducción de cualquier texto y por ello considero que es muy importante dejar claro que en este caso no han surgido problemas culturales puesto que en estos textos se ha intentado universalizar conceptos, lo que no quiere decir que en los textos médicos no aparezcan referencias culturales, simplemente no se ha dado el caso.

Además, otra de las razones por las que las diferencias culturales no han provocado problemas ha sido que la función del TO y el TM era la misma y no se trataba ningún sistema de salud en concreto.

2.3. Evaluación de los recursos documentales

Los recursos que he utilizado para la traducción de este texto son variados y se pueden clasificar según su objetivo principal, ya que algunos de ellos se han utilizado en la fase de documentación y otros en la propia fase de traducción.

2.3.1. Fase de documentación

En esta fase debíamos solucionar los problemas de comprensión que teníamos sobre el capítulo y los casos de los que disponíamos y, además, debíamos documentarnos sobre los temas que se trataban en el texto y que no dominábamos. En el apartado anterior he comentado los problemas más importantes, sin embargo hubo más términos sobre los que me tuve que documentar, de cuyas fuentes hablaré a continuación y que posteriormente señalaré en el apartado de textos paralelos.

El principal recurso utilizado fue el la obra de referencia *Hernando. Nefrología clínica* (2013) de la Editorial Médica Panamericana. Además, para los casos, también se utilizó otra obra de la editorial Panamericana, *Anatomía Humana en Casos Clínicos* (2015).

Por otro lado, también se han consultado numerosos textos paralelos. Entre ellos, artículos de la biblioteca virtual *SciELO* para entender aspectos como la hipertensión resistente y sensible a la sal, el uso de los antagonistas de los receptores de angiotensina o tiras reactivas utilizadas para análisis de orina. En publicaciones de Elsevier, también para la hipertensión resistente a la sal y la estenosis de la arterial renal. Además sobre esta última también se buscó información en la *Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos Medline Plus*. Asimismo, he utilizado este recurso para documentarme sobre la vasoconstricción y la arteriografía renal.

Además, para documentarme sobre la proteinuria consulté un artículo del *Boletín de Pediatría de la facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario de Valladolid* en la página de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León y también la revista de nefrología de la Sociedad Española de Nefrología. Y, por último, sobre el síndrome nefrótico me documenté en el Centro de Información sobre Enfermedad Genéticas y Raras del *National Center for Advancing Translational Sciences*.

2.3.2. Fase de traducción

Recursos propios del encargo

Los primeros documentos que se tuvieron en cuenta fueron las pautas de la editorial en las que se incluía un glosario y el glosario terminológico elaborado entre los alumnos y supervisado por los profesores.

Diccionarios, manuales, etc.

Los principales diccionarios que se han utilizado para la traducción del texto han sido el *DTM* (RANM: 2012) y la tercera edición del *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* (Navarro, 2015).

El *DTM* es el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia Nacional de Medicina. Es un diccionario de referencia que cuenta con información muy útil sobre cada término. Además de incluir la definición y acepciones, si las hay, de los diferentes términos, también indica el equivalente en inglés, diferentes observaciones sobre este y la manera correcta de escribirlo, además de sinónimos. En definitiva, como ya señalaba Fernando Navarro en 2011, en su blog *Laboratorio del lenguaje* (Navarro, 2011):

Con este diccionario, la Real Academia Nacional de Medicina marcará seguramente un hito en la historia de la lexicografía médica española, que después de varios siglos vuelve a rayar a la altura que merece una lengua hablada por más de un millón de médicos en todo el mundo.

Por otro lado, la última versión del *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, también denominado *Libro Rojo*, se puede consultar en línea a través de la página de Cosnautas. Como su propio nombre indica, no es un diccionario común, en él podemos encontrar el término en inglés con sus diferentes equivalentes en español, pero lo más importante es que incluye problemas y soluciones de traducción a diferentes términos que son complicados de traducir o cuya traducción no está clara. En definitiva, es de gran ayuda para todo traductor médico por la cantidad de información que aporta sobre los diferentes términos.

Además de estos se han utilizado otros diccionarios como el *Diccionario Médico Masson* de la editorial Elsevier, el diccionario médico monolingüe *Churchill*, el *Diccionario de la Real Academia Española*, el *Diccionario Panhispánico de Dudas*, el *Manual de Estilo de la Lengua Española de Martínez* y la página de la *Fundèu* para solventar problemas que no eran especializados, sino propios del español.

MedlinePlus

Asimismo, se ha utilizado este recurso en línea de gran utilidad para consultar información relacionada con enfermedades, afecciones y bienestar, como ellos mismos señalan en su web. Además, este recurso está producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, lo que asegura la fiabilidad de la información.

Panace@

Por otro lado, han sido clave los artículos de la Revista *Panace@* para la resolución de problemas concretos de traducción, como se ha especificado en los apartados anteriores. Esta revista es la publicación oficial de TREMÉDICA (Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines) y está especializada en la traducción médica, así todos sus artículos contienen información relevante. La profesionalidad de las personas que escriben esa revista tienen como resultado artículos que cuentan con una calidad y fiabilidad excelente, razón por la que se han utilizado tantos para la traducción del TO y posterior realización de este trabajo.

3. Glosario terminológico

A continuación se presentará un glosario terminológico con los términos más importantes del capítulo 34 y de los casos 1 y 7. En un principio se iba a dividir por textos, pero como varios términos coincidían se decidió realizar uno solo para los tres textos.

El glosario se ha presentado en una tabla formada por tres columnas, en formato apaisado y ordenado alfabéticamente según el término en inglés para una lectura más fácil. En la primera columna aparece el término en inglés, en la segunda el término en español con la fuente y en la tercera la definición del término y la fuente de la que se ha extraído.

Se expondrá solo la acepción del término que se haya utilizado en esta traducción.

Término en inglés	Término en español	Definición
Abnormality	Anomalía Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Alteración biológica de tipo morfológico o funcional, ya sea congénita o adquirida. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
ACE inhibitor/ Angiotensin- converting enzyme inhibitor	IECA/ Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Cada uno de los fármacos que impiden la conversión de angiotensina I en angiotensina II por la enzima convertidora de la angiotensina y, en consecuencia, bloquean la cascada del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Se utilizan como antihipertensivos. Algunos representantes de este grupo son el captopril, el enalapril, el lisinopril y el fosinopril. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Aldosterone	Aldosterona Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Hormona secretada por la corteza suprarrenal, importante para la retención de sodio y su resorción por los túbulos renales. Fuente: <i>Anatomía y fisiología del cuerpo humano</i> (Tresguerres, 2009).
Allergic eczema	Dermatitis atópica Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Dermatitis de carácter eccematoso liquenoide, aguda, subaguda o crónica, ligada a la atopia, con localización y evolución características. Con frecuencia se asocia al asma bronquial y a la rinitis alérgica. Aparece especialmente en niños con predisposición genética a procesos alérgicos. Se suele acompañar de niveles séricos elevados de inmunoglobulina E. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Ambulatory blood pressure monitoring	Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).	Este procedimiento permite obtener un gran número de registros automáticos de la presión arterial en el medio habitual del enfermo, a lo largo de todo el día, incluidos el período de sueño nocturno y el de siesta, y el despertar. Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).

<p>Angiotensin I</p>	<p>Angiotensina I Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Decapéptido de escasa actividad vasopresora, formado por la acción enzimática de la renina sobre el angiotensinógeno y que es precursor de la angiotensina II. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Angiotensin II</p>	<p>Angiotensina II Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Octapéptido producido, fundamentalmente en el pulmón, por la acción de la enzima convertidora de la angiotensina sobre la angiotensina I. Es un potente vasoconstrictor directo, aumenta la tensión arterial, estimula el sistema nervioso simpático y la liberación de aldosterona, y aumenta la reabsorción de sodio, al actuar directamente sobre el túbulo proximal. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Angiotensin receptor blocker</p>	<p>Antagonista de los receptores de angiotensina Fuente: <i>Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra</i> (López Andrés y Tiberio López, 2000).</p>	<p>Actúan bloqueando la unión de la AII a los receptores tipo 1 de la angiotensina (AT1) presentes en la pared arterial y otros tejidos. Como consecuencia de este bloqueo se produce una inhibición del efecto vasopresor y liberador de aldosterona. Al no bloquearse la síntesis de AII esta podría actuar sobre los receptores tipo 2 de la angiotensina (AT2) produciendo vasodilatación y otros efectos beneficiosos como angiogénesis, aumento de la conductancia al K⁺, etc., aún no conocidos del todo. Fuente: <i>Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra</i> (López Andrés y Tiberio López, 2000).</p>
<p>Angiotensinogen</p>	<p>Angiotensinógeno Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Globulina sérica sintetizada y segregada fundamentalmente en el hígado, que es utilizada como sustrato por la renina para formar angiotensina I; sus niveles aumentan con la inflamación, los estrógenos, los glucocorticoides, la insulina, la hormona tiroidea y la angiotensina II. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Ankle</p>	<p>Tobillo Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Región del miembro inferior, entre la pierna y el pie, constituida por la articulación del tobillo y las partes blandas que la rodean. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Aortic coarctation/ Coarctation of the aorta</p>	<p>Coartación aórtica Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Estenosis congénita del istmo aórtico, inmediatamente después de la salida de la arteria subclavia izquierda, que reduce la presión arterial en la mitad inferior del organismo con ausencia o disminución marcada de los pulsos femorales e hipertensión arterial en la mitad superior del cuerpo. Las formas más graves se asocian a insuficiencia cardíaca en los primeros meses de vida. Las formas moderadas y ligeras permanecen asintomáticas durante décadas y se diagnostican por la hipertensión arterial juvenil secundaria a la anomalía y por la ausencia de los pulsos femorales. Se distinguen dos tipos anatomopatológicos principales: el tipo infantil, con estenosis alargada y conducto arterioso permeable, y el tipo adulto, con estenosis corta y conducto arterioso cerrado. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Arteriole</p>	<p>Arteriola Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Vaso arterial de pequeño tamaño que transporta la sangre de las arterias musculares hasta los capilares. Junto con las arterias musculares se contraen o dilatan para regular la perfusión hística. En la unión de algunas arteriolas con los capilares se observan esfínteres precapilares. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Asthma</p>	<p>Asma Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias. Las vías respiratorias son tubos que llevan el aire hacia dentro y fuera de los pulmones. Si padece de asma, las paredes internas de sus vías respiratorias se inflaman y se estrechan. Eso las hace muy sensibles y pueden reaccionar fuertemente a aquellas cosas a las que usted es alérgico o encuentra irritantes. Cuando las vías respiratorias reaccionan, se estrechan y los pulmones reciben menos aire. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (NIH: Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, 2015).</p>
<p>Atopy</p>	<p>Atopía Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Reacción anormal de hipersensibilidad inmediata frente a diversos alérgenos, probablemente con predisposición hereditaria o antecedentes familiares alérgicos, y cuyas manifestaciones clínicas más frecuentes son: rinitis alérgica, asma bronquial y dermatitis atópica. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Bruit</p>	<p>Soplo Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Ruido auscultatorio prolongado que ocupa un período del ciclo de funcionamiento del órgano en el que se produce, por aceleración del flujo de aire en el pulmón o del flujo sanguíneo en el corazón y los grandes vasos. Recuerda el ruido que se produce al soplar y de ahí su nombre. Normalmente aparece en la fase inspiratoria o espiratoria en las vías respiratorias o el pulmón. En el corazón, puede aparecer tanto en la fase sistólica como en la diastólica o en ambas, y en las fístulas arteriovenosas tiene carácter continuo. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Blood flow</p>	<p>Flujo sanguíneo Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Caudal de sangre que circula por el corazón y los vasos sanguíneos; corresponde al volumen sanguíneo dividido por el área del lecho vascular. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Blood pressure (BP)</p>	<p>Presión arterial (PA) Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Presión o fuerza que ejerce contra la pared la sangre que circula por el sistema arterial. Se expresa en milímetros de mercurio (mm Hg) por encima de la presión barométrica o atmosférica, que se toma como presión 0. La presión arterial depende de la presión ejercida por la sangre expulsada por el ventrículo en cada sístole. Esto hace que el flujo en el sistema arterial sea pulsátil. En la acmé de la onda sistólica, se alcanza una presión máxima (presión sistólica), que va cayendo de forma paulatina hasta que se cierra la válvula aórtica o pulmonar, estabilizando la presión arterial (presión diastólica). Por tanto, la presión arterial se expresa en dos cifras, sistólica y diastólica, habitualmente separadas por un guion. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Calcium channel antagonists</p>	<p>Antagonistas de los canales de calcio Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Cada uno de los fármacos que bloquean los canales de calcio impidiendo su entrada en las células o inhibiendo su movilización de los depósitos intracelulares. Están indicados en el tratamiento de la angina de pecho, las arritmias cardíacas y la hipertensión arterial. En terapéutica se usan los grupos terapéuticos siguientes de antagonistas del calcio: dihidropiridinas, bencilalquilaminas, benzotiacepinas, difenilpiperacinas y diarilaminopropilaminas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Cardiac output</p>	<p>Gasto cardíaco Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Se define como el volumen de sangre bombeado por minuto a los ventrículos (su valor es similar en los dos ventrículos) por lo que también se denomina volumen minuto. El gasto cardíaco depende del volumen de sangre que llega a la aurícula derecha procedente del sistema venoso, que se denomina retorno venoso, por ello, en condiciones normales, gasto cardíaco y retorno venoso deben ser iguales. Fuente: <i>Anatomía y fisiología del cuerpo humano</i> (Tresguerres, 2009).</p>
<p>Case studie</p>	<p>Casos clínico Fuente: <i>Anatomía Humana en Casos Clínicos</i> (Guzmán López y Elizondo-Omaña, 2015).</p>	<p>Descripción ordenada tanto de los acontecimientos que ocurren a un paciente en el curso de una enfermedad como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Catecholamine</p>	<p>Catecolamina Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Cada una de las moléculas de un grupo que incluye la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina, sintetizadas a partir del aminoácido tirosina y que contienen un grupo catecol y otro amino. Las producidas en las células cromafines de la médula suprarrenal, como adrenalina y noradrenalina, cumplen una función hormonal, y las producidas en las fibras postganglionares del sistema nervioso simpático, como noradrenalina y dopamina, son neurotransmisores. Actúan a través de los receptores adrenérgicos α y β para generar una conducta adaptativa ante situaciones de estrés o una estimulación del sistema inmunitario y de las funciones motrices. Son inactivadas por las enzimas monoaminooxidasas y la catecol-O-metiltransferasa. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

Chronic renal disease	Enfermedad renal crónica Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).	Pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).
Ciclosporin	Ciclosporina Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Fármaco, inmunosupresor, producido por el hongo <i>Tohyopcladium inflatum</i> , que se utiliza en la prevención del rechazo en los trasplantes. Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 229).
Circulatory volume	Volemia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Volumen de la <i>sangre</i> . Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 1132).
Clinician	Médico Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Cold	Resfriado Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Proceso infeccioso de las vías respiratorias altas, esencialmente de las fosas nasales, autolimitado, de breve duración, de 5 a 7 días, y de naturaleza benigna, muy común en los meses de invierno en la población general y que se debe a diversos virus respiratorios, sobre todo a <i>Rhinovirus</i> y <i>Coronavirus</i> . Es muy contagioso y cursa con rinorrea acuosa abundante, estornudos, rinolalia, obstrucción nasal, hiposmia y, a veces, tos, febrícula y leve malestar general. El tratamiento es sintomático. Es una importante causa de absentismo escolar y laboral. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Cuff	Manguito Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Tira, por lo general de tela, que rodea o ciñe circularmente el brazo o el antebrazo. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).

Diastolic pressure	<p>Presión diastólica Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Presión estabilizada de la sangre en el sistema arterial que se corresponde con la alcanzada durante el cierre de la válvula sigmoidea (aórtica en la circulación sistémica y pulmonar en la circulación menor) al finalizar la fase de eyección sistólica. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Diuretics	<p>Diuréticos Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Cada uno de los fármacos o sustancias químicas que estimulan la diuresis por aumento de la excreción de agua y electrolitos, como consecuencia de alteraciones del transporte iónico a lo largo de la nefrona. Suelen clasificarse en diversos grupos: tiacidas, diuréticos del asa, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la anhidrasa carbónica y diuréticos osmóticos. Están indicados para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, de la insuficiencia renal, de la hipertensión arterial, generalmente asociados a otros fármacos antihipertensivos, de la hipertensión intracraneal y de edemas de variada etiología. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Drug	<p>Fármaco Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Sustancia química de origen natural o sintético que, al interactuar con un organismo vivo, produce una respuesta, sea esta beneficiosa o tóxica. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Echocardiography	<p>Ecocardiografía Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Ecografía del corazón por vía transtorácica o transesofágica que ofrece información sobre la dinámica y las características morfológicas de las estructuras cardíacas. Las modalidades de estudio comprenden la ecocardiografía en modo M, la bidimensional y tridimensional, y el Doppler cardíaco. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Eczema</p>	<p>Eccema Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Enfermedad inflamatoria dermoepidérmica caracterizada clínicamente por la aparición sucesiva, aunque no obligada, de eritema, vesiculación, exudación, incrustación y descamación. A veces también se produce liquenificación. En el examen histopatológico son típicas la espongirosis y la vesiculación intraepidérmica. Puede ser aguda, subaguda o crónica. Sus causas pueden ser múltiples, de naturaleza interna, externa e incluso mixta (microbiana, micótica, atópica, por autosensibilidad, etc.). Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Electrocardiography (ECG)</p>	<p>Electrocardiografía (ECG) Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Técnica para el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>End-stage renal failure</p>	<p>Insuficiencia renal terminal Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Última etapa de la enfermedad renal crónica, es decir, cuando sus riñones ya no pueden atender las necesidades del cuerpo. Los riñones eliminan los desechos y el exceso de agua del cuerpo. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>
<p>Essential hypertension/ Primary hypertension</p>	<p>Hipertensión esencial Hipertensión primaria Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Hipertensión en la que no se identifica ninguna causa de presión arterial alta. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2014).</p>
<p>Estrogen</p>	<p>Estrógeno Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Término aplicado a los compuestos derivados de los esteroides, elaborados por el ovario, testículo, corteza suprarrenal y placenta, que estimulan el desarrollo y el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios femeninas, a la vez que promueven el crecimiento y trofismo de los órganos genitales en la mujer. Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 466).</p>

Fasted	En ayunas Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Abstinencia total o parcial de comida. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Filtration fraction	Fracción de filtración Fuente: <i>Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra</i> (Clínica Universidad de Navarra, 2015).	Relación entre el filtrado glomerular y el flujo plasmático renal y resulta, aproximadamente, de 1/5. El filtrado glomerular normal en un adulto es alrededor de 120 ml/min y el flujo sanguíneo renal es alrededor del 20% del gasto cardiaco (1-1,2 l/min). Para un hematocrito del 45%, el flujo plasmático renal sería de unos 600 ml de plasma por minuto. Fuente: <i>Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra</i> (Clínica Universidad de Navarra, 2015).
Fluid	Líquido Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Sustancia que se encuentra en estado líquido. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Full blood count	Hemograma completo Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Determinación del número y las características morfológicas y distributivas de los diversos componentes sanguíneos: eritrocitos, hemoglobina, leucocitos totales, neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfocitos, monocitos y plaquetas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Glomerular filtration rate (GFR)	Velocidad de filtración glomerular (VFG) Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Volumen de líquido plasmático que se filtra por los capilares glomerulares por unidad de tiempo. Su cuantía normal se estima en 120 ml/min para una persona de 30 a 40 años con una superficie corporal de 1,73 m ² . Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).

<p>Glomerulus</p>	<p>Glomérulo Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Glomérulo capilar dispuesto entre la arteriola aferente y la eferente que entra y sale, respectivamente, del corpúsculo renal por el polo vascular. La arteriola aferente da origen a un número de entre 4 y 8 ramas primarias, a partir de las cuales se originan redes capilares, denominadas lobulillos glomerulares que se anastomosan y finalmente confluyen para formar la arteriola eferente. El glomérulo está alojado en la cápsula de Bowman y el conjunto de ambos constituye el corpúsculo renal. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Glucocorticoid</p>	<p>Glucocorticoide Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>1. Cada una de las hormonas esteroideas naturales, cortisol y cortisona, segregadas en la zona fasciculada de la corteza suprarrenal y de sus derivados sintéticos dehidrogenados, metilados y fluorados. Tienen importantes funciones metabólicas y potente acción antiinflamatoria e inmunosupresora. 2. Preparación farmacéutica de los distintos esteroides glucocorticoideos de la corteza suprarrenal, naturales o sintéticos. Está indicada en el tratamiento de enfermedades con componente inflamatorio o alérgico y se puede administrar por vía oral, intramuscular, intravenosa, inhalatoria y tópica. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Gout</p>	<p>Gota Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Enfermedad metabólica reumatológica asociada con hiperuricemia (ácido úrico incrementado en sangre) con síntomas que tienen lugar como resultado del depósito de cristales de ácido úrico dentro de los tejidos. Fuente: <i>Diccionario de Fisioterapia</i> (Porter, 2007).</p>

<p>Hay fever</p>	<p>Rinitis alérgica Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Inflamación exudativa de la mucosa nasal que aparece en sujetos alérgicos en respuesta a un antígeno. Puede durar todo el año o ser estacional, y cursa con estornudos, obstrucción nasal y rinorrea. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>High renin hypertension/ Salt resistant hypertension / Dry hypertension</p>	<p>Hipertensión con renina alta / Hipertensión resistente a la sal /Hipertensión «seca» Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>	<p>Elevación crónica de la PA independiente de la ingesta de sal. Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>
<p>Hyperaldosteronism</p>	<p>Hiperaldosteronismo Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>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).</p>
<p>Hyperkalemia</p>	<p>Hiperpotasemia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Aumento anormal de la concentración sanguínea, sérica o plasmática de potasio. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Hypertension</p>	<p>Hipertensión Fuente: <i>Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud</i> (BIREME, 2015).</p>	<p>Enfermedad vascular crónica y frecuente, de enorme repercusión para la salud pública, que se define por un aumento sostenido de la tensión arterial sistólica, de la tensión arterial diastólica o de ambas por encima de las cifras convencionalmente aceptadas como normales. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

Hypertensive retinopathy	Retinopatía hipertensiva Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Retinopatía que se presenta en el curso de la hipertensión arterial esencial o maligna, caracterizada por la presencia de estenosis e irregularidades de calibre de las arteriolas, hemorragias superficiales y profundas, exudados algodonosos, exudados duros y papiledema. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Hypertrophy	Hipertrofia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Proceso proplásico caracterizado por el incremento en el volumen individual de sus células. Si el número de células hipertróficas es alto, el proceso conlleva un aumento en el volumen del tejido u órgano afectados. Se asocia a veces con hiperplasia. <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Hypervolemia	Hipervolemia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Aumento anormal de la volemia. Puede obedecer a muy diversas causas, entre las que destacan la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal, la cirrosis hepática, la policitemia vera, la ingestión de sal, la administración de glucocorticoides o aldosterona y la administración excesiva de líquidos por vía intravenosa. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Hypoalbuminemia	Hipoalbuminemia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Disminución anormal de la concentración sanguínea, plasmática o sérica de albúmina. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Hypoperfusion	Hipoperfusión Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	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).
Hypovolemia	Hipovolemia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Disminución anormal de la volemia. Puede obedecer a muy diversas causas, entre las que destacan las hemorragias y la deshidratación. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).

impairment	<p>Alteración</p> <p>Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Cambio, perturbación o daño en la forma o la función de un órgano o de una estructura anatómica.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Investigations	<p>Pruebas complementarias</p> <p>Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Conjunto de pruebas diagnósticas que solicita el médico para complementar la información obtenida tras la anamnesis y la exploración clínica, con el fin de confirmar o descartar una sospecha diagnóstica. Se consideran pruebas complementarias, por ejemplo, todos los análisis de laboratorio clínico, el electrocardiograma y otras pruebas electrofisiológicas, todas las pruebas de imagen (radiografía, ecografía, TAC, resonancia magnética, gammagrafía, TEP, etc.), las exploraciones endoscópicas y las pruebas anatomopatológicas de biopsia o necropsia.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Kidney	<p>Riñón</p> <p>Fuente: <i>Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud</i> (BIREME, 2015).</p>	<p>Órgano del cuerpo que filtra la sangre para la secreción de orina y que regula las concentraciones de iones.</p> <p>Fuente: <i>Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud</i> (BIREME, 2015).</p>
Left ventricular hypertrophy	<p>Hipertrofia ventricular izquierda</p> <p>Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>	<p>Engrosamiento de la pared muscular del ventrículo izquierdo.</p> <p>Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>

<p>Liddle's syndrome</p>	<p>Síndrome de Liddle Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>	<p>El síndrome de Liddle es un raro trastorno tubular familiar caracterizado por hipopotasemia, hipertensión, alcalosis metabólica y aldosterona normal o baja. No mejora con antagonistas de la aldosterona, como la espironolactona, sino con triamtereno o amilorida. En estos pacientes existe aumento en la reabsorción de sodio en el túbulo colector como consecuencia de mutaciones puntuales que previenen la ubiquitinación y consecuente degradación de la membrana apical del canal ENaC, por lo que el aumento en la expresión/actividad de este canal promueve la exagerada reabsorción de sodio (hipertensión arterial) y secreción de potasio (hipopotasemia). Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>
<p>Lipid profile</p>	<p>Lipidograma Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Un lipidograma es un análisis de sangre que mide los lípidos: grasas y sustancias grasas que su cuerpo usa como fuente de energía. Los lípidos incluyen el colesterol, los triglicéridos, la lipoproteína de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés) y la lipoproteína de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés). Fuente: <i>UW Health. Página de información de salud de la Universidad de Wisconsin-Madison. School of Medicine and Public Health</i> (Healthwise, 2014).</p>
<p>Low renin hypertension/ Salt sensitive hypertension / Wet essential hypertension</p>	<p>Hipertensión con renina baja/ Hipertensión sensible a la sal /Hipertensión «húmeda» Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i>. (Arias Rodríguez, 2013).</p>	<p>Incremento en la presión arterial media mayor de 10 mmHg al ingerir una dieta alta en sodio después de recibir una dosis de diurético y dieta hiposódica. Fuente: <i>Archivos de Cardiología de México</i> (Rodríguez Castellanos, 2006).</p>

<p>Macula densa</p>	<p>Mácula densa Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Unidad estructural y funcional existente en la parte inicial del túbulo contorneado distal, que junto a las células mesangiales extraglomerulares y las células yuxtaglomerulares de la arteriola aferente glomerular con las que entra en contacto, forma el aparato yuxtaglomerular. Las células de la mácula, en número de 15 a 40, presentan una polaridad inversa, con el núcleo en posición apical y los orgánulos en posición basal. Las células de la mácula perciben los cambios en la concentración de NaCl del líquido tubular que transmiten a las células yuxtaglomerulares, condicionando la liberación de renina por parte de estas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Malignant hypertension</p>	<p>Hipertensión arterial maligna Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Presión arterial muy alta que aparece de manera súbita y rápida. La lectura de presión arterial más baja (diastólica), que normalmente está en menos de 80 mmHg, a menudo está por encima de 130 mmHg. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>
<p>Medical history</p>	<p>Antecedente médico Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Datos, episodios o circunstancias previos de un paciente, tanto personales como familiares, que se recogen, por su interés médico, en la anamnesis y ayudan a la elaboración diagnóstica y a la planificación terapéutica. <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Mineralocorticoid</p>	<p>Mineralcorticoide Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Hormona derivada del colesterol (esteroide) segregada por las cápsulas suprarrenales; es responsable de la regulación del equilibrio hídrico y mineral del organismo. A este grupo pertenecen la cortisona, la corticosterona y la aldosterona; esta última actúa en los túbulos renales facilitando la reabsorción de sodio y la eliminación de potasio. Fuente: <i>Diccionario de Medicina VOX</i> (Doctissimo, 2015).</p>

Mortality	<p>Mortalidad</p> <p>Fuente: <i>Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud</i> (BIREME, 2015).</p>	<p>Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados. II-actual o anual.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 792).</p>
Nephrin	<p>Nefrina</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>	<p>Proteína del diafragma de filtración del podocito.</p> <p>Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>
Nephron	<p>Nefrona</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 828).</p>	<p>Unidad renal compuesta de la cápsula de Bowman y su glomérulo, junto con el tubo urínífero en su totalidad.</p> <p>Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 828).</p>
Nephrotic syndrome	<p>Síndrome nefrótico</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>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).</p>
Obesity	<p>Obesidad</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Trastorno crónico caracterizado por una acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo. Su intensidad se valora mediante el índice de masa corporal o la circunferencia de la cintura, que no debe superar los 94 cm en el hombre o los 80 cm en la mujer.</p> <p>Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

Oral contraceptive	Anticonceptivo oral Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Anticonceptivo hormonal que se administra por vía oral. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Organ	Órgano Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Unidad anatómica corporal con forma, estructura, posición y función características. Histológicamente, los órganos están formados por la asociación de dos o más tejidos y en ellos se distingue el parénquima, o tejido específico, y el estroma, o tejido de soporte. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Pathogenesis	Patogenia Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Conjunto de procesos por los que un agente patógeno produce una enfermedad o un trastorno. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Pathological diagnosis	Diagnóstico anatomopatológico Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Diagnóstico que se sustenta en la identificación de las lesiones macroscópicas mediante la necropsia o biopsia y de las lesiones microscópicas de los tejidos corporales mediante instrumentos amplificantes. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Perfusion	Perfusión Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 948).	Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquél en la experimentación fisiológica. Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 948).
Peripheral resistance	Resistencia periférica Fuente: <i>dfarmacia.com.</i> (Elsevier, 2001).	La resistencia periférica es la resistencia al flujo sanguíneo que ofrecen los vasos sanguíneos periféricos. Se determina principalmente mediante el diámetro del vaso sanguíneo. Fuente: <i>dfarmacia.com.</i> (Elsevier, 2001).

Pheochromocytoma	<p>Feocromocitoma Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Paraganglioma originado en las células cromafines de la médula suprarrenal, muy poco frecuente y habitualmente benigno. Afecta por igual a las personas de ambos sexos y su incidencia máxima se observa en la quinta década de la vida. Es característica la secreción de catecolaminas, responsables de crisis hipertensivas acompañadas de cefalea y diaforesis. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Pit	<p>Fóvea Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Pequeña depresión en una superficie anatómica, que puede ser constitutiva y normal, como la fovea retiniana; cicatricial, como las secuelas pustulosas; o transitoria y debida a compresión externa, como la que deja la presión digital en la piel con edema. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Plasma	<p>Plasma Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Porción líquida de la sangre circulante, donde se encuentran suspendidos los eritrocitos, los leucocitos y las plaquetas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Primary hyperaldosteronism	<p>Hiperaldosteronismo primario Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Incremento de la secreción suprarrenal de aldosterona, cuya causa más frecuente es el adenoma único secretor de aldosterona (aldosteronoma o síndrome de Conn), seguido de la hiperplasia cortical suprarrenal bilateral y, excepcionalmente, de la hiperplasia unilateral de la glándula o de un carcinoma suprarrenal. Cursa con hipertensión arterial refractaria, hipopotasemia y alcalosis metabólica, pero raras veces hay hipernatremia y nunca hay edemas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
Proliferation	<p>Proliferación Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Crecimiento o multiplicación de células de tejidos. En muchas enfermedades, esto es anormal. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>

<p>Proteinuria</p>	<p>Proteinuria Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Aparición anormal de proteínas en la orina. Fuente: <i>Anatomía y fisiología del cuerpo humano</i> (Tresguerres, 2009).</p>
<p>Pseudohypoaldosteronism type 2</p>	<p>Seudohipoaldosteronismo tipo 2 Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>	<p>Trastorno poco frecuente en el que se asocian hipertensión arterial, filtrado glomerular normal, hiperpotasemia y acidosis metabólica. Existen cuatro diferentes genes que producen esta enfermedad: los genes de las cinasas WNK1 y WNK4 y dos que conforman un complejo de ligasa de ubiquitina conocidas como Kelch3 y Cullin-3. Este síndrome es imagen en espejo del síndrome de Gitelman y resulta de hiperactivación del transportador de NaCl, NCC, en el túbulo contorneado distal como consecuencia de las mutaciones en las proteínas mencionadas. El aumento en la actividad del NCC, por un lado, incrementa la reabsorción de sal, lo que genera hipertensión, y –por otro lado– disminuye la llegada de sódio al conducto colector, lo que limita la secreción de potasio y de ahí, la hiperpotasemia. Fuente: <i>Hernando. Nefrología clínica</i> (Arias Rodríguez, 2013).</p>
<p>Puffiness</p>	<p>Hinchazón Fuente: <i>Diccionario Oxford</i> (Oxford Dictionaries, 2015).</p>	<p>Aumento de volumen de un órgano u otra estructura anatómica, por lo general como consecuencia de una inflamación o de un edema. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Pulse</p>	<p>Pulso Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Latido arterial que se recoge en la superficie del cuerpo con la presión de los dedos del explorador sobre el tejido cutáneo que recubre la arteria en ese territorio. Es la forma más elemental, más clásica y clínicamente ineludible de valorar la situación cardiovascular y hemodinámica de cualquier paciente. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

Renal angiography	Arteriografía renal Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Arteriografía de las arterias renales y sus ramas, obtenida por lo general mediante radiografía con contraste inyectado en las propias arterias renales o por vía intravenosa (arteriografía por sustracción digital); más raramente, por gammagrafía o por resonancia magnética nuclear. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Renal angiography	Arteriografía renal Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Arteriografía de las arterias renales y sus ramas, obtenida por lo general mediante radiografía con contraste inyectado en las propias arterias renales o por vía intravenosa (arteriografía por sustracción digital); más raramente, por gammagrafía o por resonancia magnética nuclear. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Renal artery stenosis	Estenosis de la arteria renal Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Hipertensión debida a cualquier enfermedad oclusiva de las arterias renales o de alguna de sus ramas. Sus causas más frecuentes son la ateromatosis y la displasia fibromuscular. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Renal disease	Enfermedad renal Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).	Cualquier enfermedad de los riñones. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).
Renin	Renina Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).	Enzima renal que transforma el angiotensinógeno en angiotensina I. Fuente: <i>Anatomía y fisiología del cuerpo humano</i> (Tresguerres, 2009).
Secondary hypertension	Hipertensión secundaria Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2014).	Hipertensión causada por otra afección o por un medicamento que esté tomando. Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2014).

<p>Serum albumin</p>	<p>Albumina sérica Fuente: <i>MedlinePlus</i> (MedlinePlus, 2013).</p>	<p>Proteína simple constituida por una sola cadena polipeptídica, sintetizada en el hígado y liberada a la circulación sanguínea. Principal proteína plasmática, en la sangre transporta ácidos grasos, bilirrubina, colorantes orgánicos, hormonas esteroideas y tiroideas y algunos fármacos. También es responsable de la presión oncótica del plasma sanguíneo. En estados de malnutrición, algunos procesos inflamatorios y enfermedades graves hepáticas y renales se producen descensos significativos de su concentración. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Smooth muscle</p>	<p>Músculo liso Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Músculo cuyas células o fibras musculares carecen de estriaciones transversales cuando se observa con microscopia óptica. Se organiza en tunicas en las paredes de los órganos huecos (vasos sanguíneos, vías aéreas, digestivas, urinarias y genitales) y en unidades anatómicas y funcionales independientes, como los músculos erectores del pelo y el músculo constrictor y dilatador del iris. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Steroid</p>	<p>Corticoide Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Cada uno de los esteroides de 21 átomos de carbono derivados del colesterol y elaborados por la corteza suprarrenal en respuesta, según los casos, a la corticotropina hipofisaria o a la angiotensina II. Según su función metabólica, se clasifican en glucocorticoides y mineralocorticoides. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Stroke</p>	<p>Ictus Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Enfermedad cerebral aguda de origen vascular, bien isquémica, bien hemorrágica, que representa una de las causas principales de discapacidad y cuya incidencia aumenta con el envejecimiento. Los accidentes isquémicos transitorios acentúan el riesgo de ictus. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Swelling</p>	<p>Inflamación/hinchazón Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Inflamación: Reacción de respuesta del organismo ante una agresión física, química o biológica que asienta en tejidos vascularizados y que se caracteriza por la exaltación de los mecanismos fisiológicos de eliminación, con objeto de trasladar materiales de defensa al lugar de la agresión, destruir, eliminar o encapsular los agentes lesivos o los tejidos alterados por ellos y reparar o reconstruir los defectos producidos.</p> <p>Hinchazón: Aumento de volumen de un órgano u otra estructura anatómica, por lo general como consecuencia de una inflamación o de un edema. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Swelling/edema</p>	<p>Edema Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular, debida a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares; mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción de las vías linfáticas. La hinchazón producida se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo (signo de la fóvea). Fuente: <i>Masson</i> (Masson, 1992: 373).</p>
<p>Systemic vascular resistance</p>	<p>Resistencia vascular sistémica Fuente: <i>Volviendo a lo básico</i>. (Albaladejo Méndez, 2012).</p>	<p>Resistencia que ofrece el sistema vascular (excluida en este caso la circulación pulmonar) al flujo de sangre. Fuente: <i>Volviendo a lo básico</i>. Albaladejo Méndez (2012).</p>

<p>Systolic pressure</p>	<p>Presión sistólica Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Presión más elevada ejercida por la onda de sangre expulsada por la sístole ventricular contra la pared arterial. Normalmente, se alcanza a mitad de la sístole, coincidiendo con el máximo volumen expulsado. A medida que decrece el volumen expulsado, la presión va cayendo hasta el cierre de la válvula sigmoidea arterial. La presión sistólica depende del volumen que se eyecta, de la viscosidad de la sangre, de las resistencias que tiene que vencer la sangre al entrar en el sistema arterial, lo que a su vez depende de la rigidez y elasticidad de las paredes arteriales, de la superficie total y las resistencias del lecho arteriolar, y de las resistencias que opone el árbol venoso a la circulación a través de los capilares, desde las arterias a las venas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Tissue ischemia</p>	<p>Isquemia tisular Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Reducción o falta de aporte sanguíneo a un tejido. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Upper respiratory infection</p>	<p>Infección respiratoria de vías altas Fuente: <i>LR</i> (Navarro, 2015).</p>	<p>Infección más frecuente de la infancia (sobre todo en meses de otoño e invierno) causada por virus fundamentalmente, que puede afectar a todo el aparato respiratorio alto: nariz, oídos, faringe y tráquea. Fuente: <i>Información del Hospital Universitario Cruces de Barakaldo</i>. (Hospital Universitario Cruces de Barakaldo, Hospital de Referencia, Pediatría).</p>

<p>Uric acid</p>	<p>Ácido úrico Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Producto final del catabolismo de las purinas en los seres humanos y los primates, excretado fundamentalmente por el riñón y, en menor medida, por vía intestinal. En los líquidos extracelulares se encuentra como urato sódico, compuesto poco soluble cuya acumulación patológica en el organismo es responsable de la gota. La hiperuricemia y la gota pueden ser debidas a un aumento de la producción de urato o a la disminución de la eliminación renal de esta sustancia. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Urinalysis</p>	<p>Análisis de orina Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>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).</p>
<p>Vanillylmandelic acid (VMA)</p>	<p>Ácido vanililmandélico (AVM) Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Ácido 3-metoxi-4-hidroximandélico, metabolito principal de las catecolaminas de la médula suprarrenal y de los ganglios simpáticos, que se elimina con la orina. Los valores urinarios se elevan considerablemente en los pacientes con feocromocitomas y neuroblastomas. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>Vascular disease</p>	<p>Enfermedad vascular Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Afectación de cualquier tipo de vaso sanguíneo, arterias, venas o capilares, por cualquiera de las enfermedades que afectan al aparato cardiovascular. La más importante es la arterioesclerosis, pero también la hipertensión arterial, diabetes, procesos autoinmunitarios, enfermedades por depósito, procesos víricos, posradiación o rádica, por rechazo en órgano trasplantado y alteraciones por trastornos congénitos de la capa media en arterias de mediano y gran calibre. Habitualmente se producen lesiones obstructivas de los vasos en los territorios afectados y lesiones por dilatación de las arterias de dichos territorios. Es frecuente la isquemia, pero en los casos más graves pueden producirse oclusiones del vaso afectado, muchas veces por complicaciones trombóticas intravasculares asociadas, con necrosis localizada. La vasculopatía puede clasificarse por su etiología o por el tipo de vaso, territorio u órgano afectados. A veces las vasculopatías tienen afectaciones sistémicas, lo que indica que son varios o prácticamente todos los territorios u órganos implicados. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>Vasoconstriction</p>	<p>Vasoconstricción Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Disminución del calibre de los vasos sanguíneos, especialmente de las arteriolas. Fuente: <i>Anatomía y fisiología del cuerpo humano</i> (Tresguerres, 2009).</p>
<p>Vessel</p>	<p>Vaso Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Conducto por el que circula algún líquido orgánico, como la sangre, la linfa o el quilo. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

<p>α-adrenergic blockers</p>	<p>Bloqueantes de los receptores adrenérgicos α. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Cada uno de los fármacos que bloquean los receptores adrenérgicos α_1 y α_2, aunque con diferente afinidad. En algunos casos bloquean inespecíficamente ambos tipos de receptores y en otros bloquean selectivamente los receptores α_1 o α_2. Los bloqueantes α_1 inhiben la respuesta de los agonistas adrenérgicos endógenos y exógenos, producen vasodilatación, hipotensión, relajación del músculo liso del trígono vesical y de la uretra proximal y prostática; están indicados para el tratamiento de la hipertensión arterial, de las crisis hipertensivas producidas por feocromocitoma, de la hipertrofia benigna de próstata y del vasoespasmo en la enfermedad de Raynaud. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>
<p>β-blocker</p>	<p>Betabloqueante Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>	<p>Cada uno de los fármacos que bloquean los receptores adrenérgicos β_1 o β_2, aunque con diferente afinidad. En algunos casos bloquean inespecíficamente ambos tipos de receptores, en otros bloquean selectivamente los receptores β_1, en otros bloquean los receptores α_1 y β_1 y en otros bloquean de manera no selectiva los receptores β y además tienen actividad agonista parcial. [...]. Están indicados para el tratamiento de la hipertensión arterial, de la cardiopatía isquémica, de la insuficiencia cardíaca leve, de las arritmias cardíacas, del glaucoma de ángulo abierto, para controlar el temblor esencial y otras discinesias, y para aliviar situaciones de ansiedad. Fuente: <i>DTM</i> (RANM, 2012).</p>

4. Textos paralelos

En este apartado se expondrán los textos paralelos que se han consultado sobre todo en la fase de documentación de este encargo para tener claros ciertos aspectos sobre los temas que se tratan en el texto.

- **Antagonistas de los receptores de angiotensina II:**

Se consultó esta página, además del libro de Nefrología, para comprender mejor las características de estos antagonistas:

VÁZQUEZ VIGOA, A., CRUZ ÁLVAREZ, N., GONZÁLEZ DEL VALLE, Z., VÁZQUEZ CRUZ, A.: «Antagonistas de los receptores de angiotensina II». *Revista Cubana de Medicina* (1998): vol. 37, n.2, pp. 83-92. *SciELO*. Web. Mayo a julio de 2015. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200005>.

- **Arteriografía renal**

En esta página pude encontrar información sobre este tipo de radiografía.

MEDLINEPLUS: «Arteriografía renal». *Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos* (2014). Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003781.htm>>.

- **Casos clínicos**

Esta página se utilizó para comprobar la estructura y redacción de los casos clínicos.

GUZMÁN LÓPEZ, S. Y ELIZONDO-OMAHÑA, R.E. (2015): *Anatomía Humana en Casos Clínicos*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

- **Estenosis de la arteria renal:**

Consulta de artículos sobre esta enfermedad para documentarme sobre sus síntomas y características.

MEDLINEPLUS: «Hipertensión renovascular». *Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos* (2014). Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000204.htm>>.

ARMARIO, P. Y OLIVERAS, A.: «Estenosis de la arteria renal, hipertensión arterial y nefropatía isquémica». *Clínica e Investigación en Arterioesclerosis* (2003): vol. 15, n.1. Elsevier. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arterioesclerosis-15-articulo-estenosis-arteria-renal-hipertension-arterial-13042706>>.

- **Hipertensión resistente y sensible a la sal:**

Artículos sobre estos tipos de hipertensión en la revista *SciELO* y la editorial *Elsevier*:

RODRÍGUEZ CASTELLANOS, F.E.: «Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal». *Archivos de Cardiología de México* (2006): vol.76, suppl.2, pp. 161-163. *SciELO*. Web. Mayo a julio de 2015. <http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1405-99402006000600021&script=sci_arttext&tlng=es>.

FERNÁNDEZ-LLAMA, P. Y CALERO, F.: «Aplicación práctica de la evaluación de la sensibilidad a la sal». *Hipertensión y riesgo vascular* (2009): vol. 26, n. 1. Elsevier. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-aplicacion-practica-evaluacion-sensibilidad-sal-13134044>>.

HERRERA, J.A.: «Hipertensión arterial dependiente de sal». *Archivos de Cardiología de México* (2001); vol. 71, Supl. 1. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011o.pdf>>.

- **Nefrología:**

Se consultó esta obra de referencia de la Editorial Médica Panamericana para la documentación sobre varios temas y también para comprobar el término que utilizaba la editorial ante la duda.

ARIAS RODRÍGUEZ, M. (2013): *Hernando. Nefrología clínica*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

- **Proteinuria/tiras reactivas**

Estos artículos se utilizaron para comprobar la escritura de las cruces de las proteínas e informarme sobre la proteinuria.

GÓMEZ GARCÍA, S. Y CONDE REDONDO, F.: «Modulo docente: Nefrología Pediátrica. Proteinuria». *Boletín de Pediatría* (1992). Web. Mayo a julio de 2015. <https://www.sccalp.org/documents/0000/1319/BolPediatr1992_33_033-040.pdf>.

CASTELLANOS MONEDERO, J.J. y otros: «Insuficiencia renal aguda tras venografía». *Nefrología* (2008): vol. 28, n.3. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-imprimir-articulo-insuficiencia-renal-aguda-tras-venografia-X0211699508005739>>.

CLÍNICA DAM: «Análisis de proteína en orina». (2009). Web. Mayo a julio de 2015. <<https://www.clinicadam.com/salud/5/003580.html>>.

- **Síndrome nefrótico**

Artículo muy útil para el caso 1:

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD: «Síndrome nefrótico». *Centro de Información sobre Enfermedades Genéricas y Raras* (2014). Web. Mayo a julio de 2015. <<https://rarediseases.info.nih.gov/gard/12215/sindrome-nefrotico/resources/1/spanish>>.

- **Vasoconstricción**

En esta página se consultó información sobre la *vasoconstricción*:

MEDLINEPLUS: «Vasoconstricción». *Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos* (2013). Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002338.htm>>.

5. Recursos y herramientas

5.1. Recursos propios del encargo

Los recursos que se nos proporcionaron para realizar este encargo fue una serie de pautas de la editorial en la que se incluía un glosario y, además, un glosario elaborado por los alumnos y profesores de la asignatura, por lo tanto son documentos que no cuentan con referencias.

5.2. Diccionarios

Generales

Estos dos diccionarios de la Real Academia Española se han utilizado para consultar palabras propias del español que pueden generar dudas.

- *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE):*
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 2012. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>>.
- *Diccionario Panhispánico de Dudas (DPD):*
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario panhispánico de dudas*. 2005. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>>.

Especializados

- *DTM: Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina monolingüe.*
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Diccionario de términos médicos*. 2012. Web. Mayo de 2015. <<http://dtme.ranm.es/index.aspx>>.
- *Libro Rojo: diccionario de dudas bilingüe en el que se tratan los problemas de términos médicos que surgen al traducir textos de inglés a español.*
NAVARRO, F. A. *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, versión 3.04. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.cosnautas.com/index.php?pag=libro_buscador>.

- *Dicciomed*: diccionario médico monolingüe de la Universidad de Salamanca, especializado en medicina disponible únicamente en línea.
CORTÉS GABAUDAN, F. y J. UREÑA BRACERO. *Dicciomed.eusal.es. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Universidad de Salamanca, 2011. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://dicciomed.eusal.es>>.
- Diccionario Masson: bilingüe inglés-español.
MASSON (1992): *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Elsevier Masson, Barcelona.
- *Churchill*: monolingüe en inglés.
CHURCHILL LIVINGSTONE (1989): *Churchill's Illustrated Medical Dictionary*, Churchill Livingstone, Nueva York.

5.3. Otros recursos lingüísticos

- *Manual de estilo de la lengua española*: manual sobre el buen uso del español.
MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2001): *Manual de estilo de la lengua española*, 2.^a ed., Gijón, Trea.
- *Fundación del Español Urgente* (Fundèu): recurso que aconseja sobre el buen uso del español.
FUNDÉU BBVA. *Fundación del Español Urgente*. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.fundeu.es/>>.
- *Panace@*: revista especializada en traducción médica cuyos artículos me han ayudado a resolver muchos de los problemas lingüísticos.
TREMÉDICA. *Panace@*. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.medtrad.org/panacea.html>>.
- *Puntoycoma*: boletín en el que traductores españoles tratan temas de estilo y terminología.
UNIÓN EUROPEA. *Puntoycoma*. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/numeros.html>>.

5.4. Recursos sobre medicina

Además de los recursos indicados en los textos paralelos, también utilicé estos para obtener información sobre cuestiones médicas

- *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*: obra de referencia sobre el cuerpo humano que cuenta con un glosario de gran utilidad.
TRESGUERRES, J. (2009): *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*, McGrawHill/Interamericana de España, Madrid.

- *MedlinePlus*: Recurso con artículos de información de salud.
MedlinePlus (2015). Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>>.

- *DeCS: Vocabulario trilingüe sobre Ciencias de la Salud*.
BIREME. *Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud*. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=./cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start>.

- *Scielo*: Biblioteca en línea formada por multitud de artículos científicos.
Scielo (2015). FAPESP CNPq BIREME/OPS/OMS FapUnifesp. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>>.

CONCLUSIONES

La realización de la asignatura de Prácticas profesionales y del presente trabajo ha sido una buena forma de terminar este máster, ya que en ellas he podido poner en práctica muchos de los conocimientos adquiridos.

Así, considero que los aspectos más enriquecedores han sido que se tratara de un encargo real, la labor de portavoz que he realizado y el compañerismo de mis compañeras de grupo y de todos en general.

Por un lado, ha sido una ventaja que la traducción fuese un encargo real, algo con lo que no he contado en prácticas anteriores. De esa forma, hemos podido trabajar ajustándonos a los plazos y manteniendo una organización que no podíamos perder en ningún momento, porque era clave que todo el grupo trabajásemos en la misma dirección, lo que hace que estemos aún más formados para enfrentarnos al mundo laboral.

Por otro lado, me he sentido muy cómoda en mi labor como portavoz porque el hecho de que mi grupo dependiera de que yo plantease bien las dudas y guiase la conversación me hace ser más responsable todavía; además, siempre me ha gustado coordinar tareas de ese tipo.

Por último, es muy interesante comprobar que tantas personas se pueden organizar y llevar a cabo un buen trabajo siempre que tengan un objetivo común y las mismas ganas de conseguirlo. Sin embargo, quiero destacar la labor realizada por mis compañeras de grupo, un grupo que se ha basado en el respeto, el compromiso, la profesionalidad y la humildad, características que parece que la sociedad está perdiendo. Me ha fascinado el espíritu de compañerismo con el que hemos trabajado, puesto que las cuatro intentábamos estar de acuerdo en las decisiones que tomábamos, trabajábamos todas a una y no parábamos hasta que nos asegurábamos de que el trabajo realizado estaba a la altura, un compañerismo admirable influido por la labor de los profesores que han estado ayudándonos continuamente.

En definitiva, esta asignatura me ha aportado mucho y me ha ayudado a demostrar que todo se puede conseguir siempre que seas constante, tengas claro el objetivo que persigues y sepas cómo llegar a él.

BIBLIOGRAFÍA

En este apartado se enumerarán las referencias bibliográficas, ordenadas por apellidos, relacionadas tanto con la traducción como con el trabajo y divididas en recursos impresos y electrónicos.

Recursos impresos

Para realizar las referencias de estos recursos se han utilizado las normas de la Universitat Jaume I.

ARIAS RODRÍGUEZ, M. (2013): *Hernando. Nefrología clínica*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

BAKER, M. (1992): *In Other Words. A Coursebook on Translation*, Routledge, Londres.

GARCÍA IZQUIERDO, I. (2002): «El género: plataforma de confluencia de nociones fundamentales en didáctica de la traducción», en *Discursos 2*. Universidade Aberta, Lisboa.

GARCÍA IZQUIERDO, I. (2005): *El género textual y la traducción. Reflexiones teóricas y aplicaciones pedagógicas*, Peter Lang, Berna.

GUTIÉRREZ RODILLA, B. (2015): *Apuntes del Módulo de Terminología*, Máster de Traducción Médico-sanitaria, Universidad Jaume I, Castellón de La Plana.

GUZMÁN LÓPEZ, S. Y ELIZONDO-OMAHNA, R.E. (2015): *Anatomía Humana en Casos Clínicos*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

HATIM, B. E I. MASON (1990): *Discourse and the translator*, Longman, Londres.

HURTADO ALBIR, A. (2008): *Traducción y Traductología. Introducción a la Traductología*, (4ª edición), Ediciones Cátedra, Madrid.

MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2001): *Manual de estilo de la lengua española* (2.ª ed), Gijón, Trea.

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

MUNDAY, J. (2001): *Introducing Translation Studies*, Routledge, Londres.

NORD, C. (1997): *Translating as a Purposeful Activity. Functionalist Approaches Explained*, St. Jerome, Manchester.

O'CALLAGHAN, C. (2009): *The Renal System at a Glance (Third Edition)*, Wiley-Blackwell, Oxford.

PUERTA LÓPEZ-CÓZAR, J. L., Y A. MAURI Más (1995): *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos técnicos*. Barcelona: Masson.

PORTER, S. (2007): *Diccionario de Fisioterapia*, Elsevier España, Madrid.

TRESGUERRES, J. (2009): *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*, McGrawHill/Interamericana de España, Madrid.

Recursos electrónicos

Estos recursos aparecen según las directrices de la *Modern Language Association*.

- ALBALADEJO MÉNDEZ, J. «Resistencias periféricas». *Volviendo a lo básico*. 2012. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.ffis.es/volviendoalobasico/3resistencias_perifericas.html>.
- ALCARAZ ARIZA, M.A. «Los epónimos en medicina». *IBÉRICA 4*. 2002. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.aelfe.org/documents/text4-Alcaraz.pdf>>.
- ALEIXANDRE BENAVENT, R. Y A. AMADOR ISCLA. «Problemas del lenguaje médico actual (I) Extranjerismos y falsos amigos». *Papeles médicos* (2001): (3): 144- 149. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6d3473127pm-10-3-007.pdf>>.
- AMADOR DOMÍNGUEZ, N. «Diez errores usuales en la traducción de artículos científicos». *Panacea@* (2007): 8 (26): 121-123. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n26_revistilo-Dominguez.pdf>.
- BIREME. *Vocabulario estructurado y trilingüe DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud*. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start>.
- CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. «Fracción de filtración». *Clínica Universidad de Navarra*. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fraccion-de-filtracion>>.
- DFARMACIA.COM. «Novedades en el tratamiento de la hipertensión arterial». *Avances farmacológicos*. Elsevier, 2001. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13019962>.
- DOCTISSIMO. «Mineralcorticoide: Definición». *Diccionario de Medicina VOX*. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/mineralocorticoide.html>>.
- GONZALO CLAROS, M. «Consejos básicos para mejorar las traducciones de textos científicos del inglés al español (I)». *Panacea@* (2006), 7 (23): 89-94. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n23_tribuna_Claros.pdf>.
- GONZALO CLAROS, M. «Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo». *Panacea@* (2008), 9 (28): 145- 158. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n28_revistilo-claros.pdf>.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B. «Lo literario como fuente de inspiración para el lenguaje médico». *Panacea@* (2003), 4, 11. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-tribunagutierrez.pdf>>.
- HEALTHWISE. «Lipidograma». *UW Health. Página de información de salud de la Universidad de Wisconsin-Madison*. School of Medicine and Public Health, 2014. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.uwhealth.org/spanishhealth/topic/special/lipidograma/tr6155.html>>.

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARAKALDO. «Infección respiratoria». *Hospital de referencia (Pediatria)*. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.hospitalcruces.com/referenciaPedInfeccionViasAltas.asp?lng=es>>.
- LÓPEZ ANDRÉS, A. Y G. TIBERIO LÓPEZ. «Antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II)». *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*. 2000, vol. 8, n. 4. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/BIT2000vol8n4.pdf>>.
- MedlinePlus (2015). Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>>.
- MEDLINEPLUS. «Albúmina en sangre (suero)». *MedlinePlus*. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003480.htm>>.
- «Enfermedad renal crónica». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm>>.
- «Enfermedad renal terminal». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000500.htm>>.
- «Hipertensión maligna». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000491.htm>>.
- «Proliferación». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002276.htm>>.
- «Tetralogía de Fallot». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2013. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001567.htm>>.
- MEDLINEPLUS «Hipertensión arterial». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de ESTADOS UNIDOS., 2014. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>>.
- MENDILUCE CABRERA, G. «El gerundio médico». *Panacea@* (2002), 3 (7): 74-78. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n7_Mendiluce.pdf>.
- MUGÜERZA, P. Y OTROS. «Glosario crítico inglés-español de documentos de consentimiento informado». *Panacea@* (2010), 12 (33): 19-34. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n33-Tradycr-muguerzaVrosBorghini.pdf>>.
- NAVARRO F. A. «La anglización del español: mucho más allá de *bypass*, *piercing*, *test*, *airbag*, *container* y *spa*». *Contacto y contagio* (2002). Web. Mayo a julio de 2015. <http://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/03/017_navarro.pdf>.

- NAVARRO F. A. «El inglés *severe* en medicina: ¿severo, grave o algo más?». *Puntoycoma* (2008). Web. Mayo a julio de 2015. <http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/110/pyc1105_es.htm>.
- NAVARRO, F.A. *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico*, versión 3.04. 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.cosnautas.com/index.php?pag=libro_buscador>.
- NAVARRO, F. A. Y J.R. ZÁRATE. «DTM (I)», *Laboratorio del lenguaje*. 2011. Web. Mayo a julio de 2015. <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2011/09/13/dtm-i/>>.
- NIH: INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN, LOS PULMONES Y LA SANGRE. «Asma». *Medline Plus*. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, 2015. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/asthma.html>>.
- OXFORD DICTIONARIES. *English-Spanish dictionary*. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.oxforddictionaries.com/>>.
- REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Diccionario de términos médicos*. 2012. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://dtme.ranm.es/index.aspx>>.
- RODRÍGUEZ CASTELLANOS, F.E.: «Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal». *Archivos de Cardiología de México* (2006): vol.76, suppl.2, pp. 161-163. *SciELO*. Web. Mayo de 2015. <http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1405-99402006000600021&script=sci_arttext&tlng=es>.
- TREMÉDICA. Panace@. Web. Mayo a julio de 2015. <<http://www.medtrad.org/panacea.html>>.
- VÁZQUEZ Y DEL ÁRBOL, E. «La redacción del discurso biomédico (inglés-español): rasgos principales». *Panace@* (2006), 7 (24): 307-317. Web. Mayo a julio de 2015. <http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n24_tribuna-v.delarbol.pdf>.