

**La codificación de la información pragmática en la  
estructura de la definición terminológica**

Claudia Seibel



Tesis doctoral

Departamento de Traducción e Interpretación

Universidad de Granada, 2002

## **Agradecimientos**

A la Dra. Catalina Jiménez Hurtado por haber sido una maestra excepcional durante el desarrollo de esta tesis. Le doy las gracias por sus buenos consejos, por su paciencia y dedicación y, sobre todo, por la amistad que me ha brindado.

A la Dra. Pamela Faber por haber confiado en mí al aceptarme en su Grupo de Investigación y ofrecerme la oportunidad de desarrollar este estudio en el marco del proyecto ONCOTERM.

A los médicos Alfredo Máiquez Pérez y Martin Lebherz por tantas tardes irrepetibles de charlas, en las que tanto he aprendido de esta especialidad médica.

A mis compañeros del Grupo de Investigación ONCOTERM por su ayuda y asesoramiento en momentos difíciles.

También doy las gracias a todas aquellas personas que de forma desinteresada han prestado su apoyo para que esta tesis se haya podido elaborar.

# ÍNDICE

## PLANTEAMIENTOS PREVIOS

<b>1.</b>	<b>Introducción</b>	<b>1</b>
1.1.	Preámbulo	1
1.2.	Objetivos del estudio	4
1.3.	Integración del trabajo en el Proyecto ONCOTERM	10
1.4.	Breve resumen de los capítulos	16

## PRIMERA PARTE: PRESUPUESTOS TEÓRICOS

<b>2.</b>	<b>Presupuestos teóricos</b>	<b>21</b>
2.1.	Introducción	21
2.1.1.	El concepto	22
2.1.1.1.	Las relaciones entre los conceptos	23
2.1.1.2.	Hacia un sistema de conceptos	27
2.1.1.3.	La definición de los conceptos	29
2.1.2.	Término o palabra	35
2.2.	De la TGT a la TCT	43
2.2.1.	Estado actual de la TCT	45
2.2.2.	Perspectivas generales de la TCT	52
2.3.	La teoría sociocognitiva de la terminología	60
2.4.	Hacia una configuración teórica de una nueva teoría de la terminología	69
2.4.1.	La dimensión lingüística	69
2.4.1.1.	El Modelo Lexemático Funcional	70
2.4.1.1.1.	El eje paradigmático	72
2.4.1.1.2.	El eje sintagmático	79
2.4.1.1.3.	El eje cognitivo	82
2.4.1.2.	Hacia una representación léxica del conocimiento especializado	88

2.4.2.	Estructura y función de la dimensión cognitiva	94
2.4.2.1.	El editor de ontologías de OntoTerm	96
2.4.2.2.	El evento médico y sus categorías	102
2.4.2.3.	La macrocategoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Esquema básico para la definición pragmática	109
2.4.2.4.	La perspectiva funcional de la oración en la definición de las unidades léxicas	114
2.4.2.5.	Focos y tópicos en el PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO	117

## **SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA**

<b>3.</b>	<b>Corpus y herramientas de análisis</b>	<b>127</b>
3.1.	Reflexiones previas a la selección	127
3.1.1.	Tipos de corpus	129
3.1.2.	Criterios de selección	132
3.2.	Selección del corpus	141
3.3.	Metodología de análisis del corpus (herramientas)	146

## **TERCERA PARTE: ANÁLISIS Y RESULTADOS**

<b>4.</b>	<b>La dimensión social o la pragmática de la terminología</b>	<b>157</b>
4.1.	Introducción	157
4.2.	Estructura de la información intercultural	158
4.3.	Tipos de análisis pragmáticos del léxico especializado	160
4.3.1.	Un nuevo concepto de variación léxica en terminología	161
4.3.1.1.	La procedencia y el estatus individual	162
4.3.1.2.	Participantes y acto comunicativo	166
4.3.2.	La relación entre término, acto de habla y tipo textual	171
4.3.2.1.	Tipos textuales	172
4.3.3.	Las redes de significado entre categorías	182
4.3.4.	Las redes de significado intracategoriales	189

4.4.	El perfil del usuario: en busca de un metalenguaje controlado	196
<b>5.</b>	<b>Modelación del conocimiento especializado aplicado al mapa conceptual de <i>endoscopia</i></b>	<b>205</b>
5.1.	El uso de un lenguaje controlado en la definición variable	206
5.2.	El lenguaje de la definición en alemán destinada al receptor no experto	209
5.2.1.	La variación terminológica	209
5.2.2.	El lenguaje pragmático controlado	214
5.3.	El lenguaje de la definición en español destinada al receptor no experto	229
5.3.1.	La variación terminológica	230
5.3.2.	El lenguaje pragmático controlado	234
5.4.	El lenguaje de la definición destinado al receptor experto	245
5.4.1.	El lenguaje de la definición en alemán destinada al receptor experto	249
5.4.2.	El lenguaje de la definición en español destinada al receptor experto	256

## **CUARTA PARTE: APLICACIONES PRÁCTICAS**

<b>6.</b>	<b>Análisis de la macrocategoría <i>procedimiento diagnóstico</i></b>	<b>265</b>
6.1.	Descripción general teórica de la categoría	266
6.1.1.	Los archilexemas y sus relaciones	269
6.2.	Conceptos que integran la categoría <i>procedimiento diagnóstico</i>	273
6.3.	Esquema categorial de <i>procedimiento diagnóstico</i>	280
6.4.	La categoría <i>endoscopia</i>	283
6.5.	Modelación del conocimiento especializado aplicado al concepto de <i>endoscopia</i>	290

## **QUINTA PARTE: CONCLUSIONES**

<b>7.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>423</b>
-----------	---------------------	------------

**BIBLIOGRAFÍA** **431**

**APÉNDICES** **457**

Apéndice I: Concordancias extraídas del corpus alemán para pacientes. Variación.	457
Apéndice II: Concordancias extraídas del corpus español para pacientes. Variación.	473
Apéndice III: Concordancias extraídas del corpus alemán para profesionales de la salud. Variación.	490
Apéndice IV: Concordancias extraídas del corpus español para profesionales de la salud. Variación.	507
Apéndice V: Concordancias extraídas del corpus alemán para pacientes. Datos pragmáticos.	522
Apéndice VI: Concordancias extraídas del corpus español para pacientes. Datos pragmáticos.	545
Apéndice VII: Concordancias extraídas del corpus alemán para profesionales de la salud. Datos pragmáticos.	559
Apéndice VIII: Concordancias extraídas del corpus español para profesionales de la salud. Datos pragmáticos.	568
Apéndice IX: Árbol conceptual de la categoría <i>diagnostic procedure</i> en <i>OntoTerm</i> .	582

## Índice de Tablas

Tabla 2.1: Léxico común vs. terminología.	39
Tabla 2.2: Entrada léxica vs. entrada terminológica (cfr. Wright & Budin <i>ibid</i> ).	40
Tabla 2.3: <i>Template</i> para la descripción de la unidad de comprensión (Temmerman 2000a: 122).	64
Tabla 2.4: Tipos de información para la descripción terminológica (Temmerman 2000a: 233, 2001: 89).	67
Tabla 2.5: Campo léxico de <i>steal</i> (Faber & Mairal Usón 1999: 100).	75
Tabla 2.6: Segmentación de las definiciones de <i>berrear</i> (Faber & Mairal Usón 1998: 239).	76
Tabla 2.7: Definiciones de <i>berrear</i> (Faber & Mairal Usón 1998: 239).	76
Tabla 2.8: Macropatrón de tiempo en el dominio de EXISTENCIA (Faber & Mairal Usón 1998).	85
Tabla 2.9: Algunas de las polarizaciones lexicalizadas en los verbos de SENTIMIENTO.	86
Tabla 2.10: Niveles de categorización, aplicados según Rosch et al. 1976.	104
Tabla 2.11: Categorías del EVENTO MÉDICO y sus relaciones (según Faber 2000).	107
Tabla 2.12: Categorías conceptuales en el EVENTO MÉDICO (Grupo de Investigación OncoTerm 2002).	108
Tabla 2.13: Categorías conceptuales en el EVENTO ONCOLÓGICO.	109
Tabla 2.14: Esquema de la categoría de PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (Grupo de Investigación OncoTerm 2002).	110
Tabla 2.15: Metalenguaje contrastivo entre la Semántica Cognitiva y la Semántica Estructural.	114
Tabla 2.16: Esquema de tópicos y focos propuesto por Jiménez Hurtado (2001: 112).	116
Tabla 2.17: El archilexema <i>procedimiento diagnóstico</i> y parte de su campo conceptual: tópicos y focos.	117

Tabla 2.18: Relaciones conceptuales o esquema categorial de <i>histeroscopia</i> y estructura de la definición.	123
Tabla 3.1: Clasificación del corpus sobre <i>procedimiento diagnóstico</i> en lenguas alemana y española.	143
Tabla 3.2: Emisor – actos de habla – destinatario.	145
Tabla 4.1: Tipología textual de Bell.	179
Tabla 4.2: Parámetros para una clasificación de los textos especializados.	181
Tabla 4.3: Relación entre término, acto de habla y tipo textual.	184
Tabla 4.4.: Categorías y unidades terminológicas en un texto para receptores legos.	188
Tabla 4.5: Relaciones categoriales en <i>procedimiento diagnóstico</i> .	189
Tabla 4.6: El lenguaje controlado en un texto sobre el diagnóstico del cáncer de la hipofaringe para pacientes.	199
Tabla 4.7: El lenguaje controlado en un texto sobre el diagnóstico del cáncer de la hipofaringe para médicos.	200
Tabla 4.8: Lenguaje controlado contrastivo paciente – médico.	201
Tabla 4.9: Lenguaje controlado según niveles de abstracción / dificultad (de menor a mayor grado de abstracción).	202
Tabla 5.1: Lenguaje contrastivo de <i>Pelviskopie / Beckenspiegelung</i> .	213
Tabla 5.2: Factores pragmáticos propios de la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.	216
Tabla 5.3: Palabras buscadas con <i>Wordsmith Tools</i> en el corpus para el paciente.	217
Tabla 5.4: Resultados de la búsqueda <i>Anästhesie</i> en el corpus para el paciente.	218
Tabla 5.5: Resultados de <i>Narkose</i> en el corpus para el paciente.	219
Tabla 5.6.: Resultados de <i>Sedierung</i> en el corpus para el paciente.	221
Tabla 5.7: Resultados de <i>Risiko</i> en el corpus para el paciente.	221
Tabla 5.8: Resultados de <i>Gefahr</i> en el corpus para el paciente.	222
Tabla 5.9: Resultados de <i>Unannehmlichkeit + Belastung + unerträglich</i> en el corpus para el paciente.	223
Tabla 5.10: Resultados de <i>Schmerz</i> en el corpus para el paciente.	224
Tabla 5.11: Resultados de <i>Dauer</i> en el corpus para el paciente.	225
Tabla 5.12: Resultados de <i>zuverlässig / sicher</i> en el corpus para el paciente.	226
Tabla 5.13: Resultados de <i>Vorbereitung y beachten</i> en el corpus para el paciente.	227
Tabla 5.14: Resultados de <i>nüchtern y Abführmittel / abführen</i> en el corpus para el paciente.	228



Tabla 5.15: Factores pragmáticos propios de la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.	234
Tabla 5.16: Términos buscados con <i>Wordsmith Tools</i> en el corpus para el paciente.	235
Tabla 5.17: Resultados de <i>anestesia</i> en el corpus para el paciente.	236
Tabla 5.18: Resultados de <i>sedación</i> en el corpus para el paciente.	237
Tabla 5.19: Resultados de <i>riesgo</i> en el corpus para el paciente.	238
Tabla 5.20: Resultados de <i>peligro</i> en el corpus para el paciente.	238
Tabla 5.21: Resultados de <i>molestia + molesto + in/soportable</i> en el corpus para el paciente.	240
Tabla 5.22: Resultados de <i>dolor</i> en el corpus para el paciente.	241
Tabla 5.23: Resultados de <i>duración</i> en el corpus para el paciente.	242
Tabla 5.24: Resultados de <i>eficaz / fiable</i> en el corpus para el paciente.	243
Tabla 5.25: Resultados de <i>preparación previa</i> en el corpus para el paciente.	244
Tabla 5.26: Factores pragmáticos para la definición variable (paciente/profesional de la salud).	249
Tabla 5.27: Resultados de <i>Anästhesie</i> en el corpus para el profesional de la salud.	251
Tabla 5.28: Resultados de <i>Narkose</i> en el corpus para el profesional de la salud.	251
Tabla 5.29: Resultados de <i>Dauer</i> en el corpus para el profesional de la salud.	252
Tabla 5.30: Resultados de <i>Zuverlässigkeit</i> en el corpus para el profesional de la salud.	253
Tabla 5.31: Resultados de <i>Komplikation</i> en el corpus para el profesional de la salud.	254
Tabla 5.32: Resultados de <i>ersetzte Technik</i> en el corpus para el profesional de la salud.	255
Tabla 5.33: Resultados de <i>anestesia general</i> en el corpus para el profesional de la salud.	257
Tabla 5.34: Resultados de <i>anestesia local</i> en el corpus para el profesional de la salud.	257
Tabla 5.35: Resultados de <i>sedación</i> en el corpus para el profesional de la salud.	258
Tabla 5.36: Resultados de <i>duración</i> en el corpus para el profesional de la salud.	259
Tabla 5.37: Resultados de <i>fiabilidad</i> en el corpus para el profesional de la salud.	260
Tabla 5.38: Resultados de <i>complicaciones</i> en el corpus para el profesional de la salud.	262
Tabla 5.39: Resultados de <i>técnica sustituida</i> en el corpus para el profesional de la salud.	263
Tabla 6.1: Procedimiento invasivo – procedimiento no invasivo.	268
Tabla 6.2: Esquema de la categoría <i>procedimiento diagnóstico</i> (Faber et al. 2001a).	280
Tabla 6.3: Esquema categorial de <i>endoscopia</i> . Información semántica básica.	280
Tabla 6.4: Esquema categorial de <i>endoscopia</i> con factores pragmáticos.	281
Tabla 6.5: Esquema para una definición pragmática de <i>endoscopia / Endoskopie</i> , dirigida al no especialista.	282

Tabla 6.6: Esquema para la definición pragmática de ENDOSCOPIA / ENDOSKOPIE. Información destinada al médico.	291
Tabla 6.7: Esquema para la definición pragmática de ENDOSCOPIA / ENDOSKOPIE. Información destinada al paciente.	292
Tabla 6.8: Abreviaturas utilizadas en las definiciones.	295

## Índice de Figuras

Fig. 2.1: Esquema de relaciones genéricas.	24
Fig. 2.2: Esquema de relaciones partitivas.	24
Fig. 2.3: Relaciones de TIPO_DE y PARTE_DE entre <i>endoscopia</i> y <i>cistoscopia</i> / <i>uretroscopia</i> .	25
Fig. 2.4: La terminología como campo interdisciplinar.	46
Fig. 2.5: Jerarquía conceptual de RADIATION THERAPY reflejada en las definiciones de las unidades terminológicas (Faber 2002: 346-347).	77
Fig. 2.6: Jerarquía de verbos de percepción olfativa (Faber et al. 2001).	80
Fig. 2.7: Localización de <i>cutting implement</i> en el árbol de <i>OntoTerm</i> .	93
Fig. 2.8: Los conceptos genéricos en el árbol de la ontología de <i>OntoTerm</i> .	98
Fig. 2.9: El <i>Ontology Editor</i> con el concepto <i>diagnostic procedure</i> .	99
Fig. 2.10: Submódulo para la inclusión de nuevos conceptos.	100
Fig. 2.11: <i>Diagnostic procedure</i> en la ontología de <i>OntoTerm</i> .	101
Fig. 2.12: Esquema relacional con las categorías conceptuales del EVENTO MÉDICO (cfr. Faber 2000).	105
Fig. 2.13: Esquema relacional de la macrocategoría <i>procedimiento diagnóstico</i> .	112
Fig. 2.14: Recorrido conceptual desde <i>evento</i> hasta <i>endoscopia</i> con tópicos y focos.	119
Fig. 2.15: Esquema categorial de <i>histeroscopia</i> en el evento médico oncológico.	121
Fig. 2.16: Herencia de relaciones entre <i>endoscopia</i> e <i>histeroscopia</i> .	124
Fig. 3.1: Tipos de interlocutores presentes en el corpus.	146
Fig. 3.2: La herramienta <i>WordList</i> con los índices de frecuencia de las palabras.	149
Fig. 3.3: Totalidad de palabras ( <i>tokens</i> ), de las diferentes formas ( <i>types</i> ), etc.	150
Fig. 3.4: Líneas de concordancias extraídas con <i>Concord</i> .	151
Fig. 3.5: Las herramientas de <i>WordSmith Tools</i> .	152
Fig. 4.1: Diagrama prototipo de redes de significado en el evento oncológico.	185

Fig. 4.2: Redes de significado intercategoriales activadas en el evento médico de un texto para pacientes.	187
Fig. 4.3: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (español).	191
Fig. 4.4: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (español).	193
Fig. 4.5: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (alemán).	195
Fig. 5.1: Dos definiciones pragmáticas en el <i>Termbase Browser</i> .	212
Fig. 5.2: Captura de pantalla de las líneas de concordancia de <i>endoscopia</i> en la página <i>web</i> de ONCOTERM.	233
Fig. 6.1: Esquema relacional o marcos ( <i>frames</i> ) del evento médico (cfr. Faber et al. 2001ab).	266
Fig. 6.2: El subevento <i>Procedimiento Diagnóstico</i> .	267
Fig. 6.3: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> en el árbol de la ontología de <i>OncoTerm</i> .	270
Fig. 6.4: <i>Diagnostic Procedure</i> y sus archilexemas.	271
Fig. 6.5: <i>Local relations</i> de <i>laparoscopy</i> .	272
Fig. 6.6: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (I).	274
Fig. 6.7: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (II).	275
Fig. 6.8: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (III).	276
Fig. 6.9: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (IV).	277
Fig. 6.10: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (V).	278
Fig. 6.11: Archilexemas de <i>Diagnostic Procedure</i> y sus conceptos específicos (VI).	279
Fig. 6.12: Estructura de <i>endoscopia</i> del árbol de la ontología de <i>OncoTerm</i> .	284
Fig. 6.13 Sistema conceptual de <i>endoscopia</i> .	288
Fig. 6.14: Imagen del editor de <i>OntoTerm</i> con la definición y el concepto genérico de <i>endoscopy</i> .	293

# **1. Introducción**

## **1.1 Preámbulo**

Como la mayoría de los profesionales de la enseñanza de la traducción especializada, a pesar de la imperiosa necesidad de que el diccionario sea una buena herramienta que ayude al traductor, hemos tenido la posibilidad de observar que los diccionarios, en general, no son muy satisfactorios. Esta observación se fundamenta sobre todo en el hecho de que gran número de las búsquedas realizadas por los estudiantes en distintos tipos de obras lexicográficas, pero principalmente las realizadas en los diccionarios bilingües, no acaban con éxito. El objetivo de dichas búsquedas, la resolución de un determinado problema de traducción léxica, no es alcanzado por los usuarios, en este caso los estudiantes de traducción especializada. Según nuestra experiencia, este hecho ocurre por diversas razones, entre las que destacamos las siguientes, en lo que se refiere a los diccionarios generales, esto es, no especializados:

1. La falta de sistematización en las definiciones
2. La falta evidente de información estructurada que ayude al constructor de textos (Wiegand 1985)
3. La circularidad que presentan las entradas de diccionario

Esta falta de adecuación del diccionario como un texto concreto para un determinado lector se debe a que siguen faltando estudios que relacionen la semántica léxica con la lexicografía. La semántica en general y la léxica en particular siguen estando poco estudiadas, sobre todo en lo que se refiere a la información pragmática codificada en las

unidades léxicas (Adamzik 1998, Hoey 1995, Lipka 1990, Martín Mingorance 1993, 1998a, Wiegand 1986, 1994). No digamos la lexicografía que, en España, a pesar de recientes y memorables esfuerzos (cfr. Ahumada Lara 2001, Azorín Fernández & Jiménez Ruíz 1997, Azorín Fernández y Martínez Linares 1998, Corpas Pastor & Alvar Ezquerro 1999) y proyectos recientes como el de lexicografía diacrónica<sup>1</sup> propuesto por la Universidad del País Vasco o el proyecto sobre terminología del vino castellano-manchego<sup>2</sup> de la Universidad de Castilla-La Mancha, sigue estando en sus primeros pasos si la comparamos con el resto de Europa (Ahumada Lara 2001, Haensch 1997). Hay que resaltar, no obstante, que se pueden observar avances, como acabamos de mencionar, que se reflejan por ejemplo en las publicaciones realizadas en la *Revista de Lexicografía* publicada por el Departamento de Filología Española y Latina de la Universidad de La Coruña desde el año 1994.

Sin embargo, nuestro interés por la lexicografía forma parte de nuestro interés por la terminología que, a su vez, se fundamenta principalmente en dos razones: en primer lugar, como profesora de traducción científica y técnica no podemos olvidar que las búsquedas en los diccionarios son, como hemos apuntado con anterioridad, más que infructuosas, y, en segundo lugar, somos miembro del proyecto de investigación *OncoTerm: Sistema bilingüe de información y recursos oncológicos*<sup>3</sup>; dicho proyecto está integrado por investigadores de varias universidades y profesionales de la salud y tiene como objetivo principal la elaboración de una base de datos terminológica en el campo de las ciencias biomédicas, en concreto, la *oncología*, accesible por Internet.

De estas circunstancias surgió la idea de contribuir de alguna forma a la mejora de los diccionarios especializados para que fueran realmente herramientas útiles en relación con el trabajo del traductor que es, desde nuestro punto de vista, el usuario prototípico de

---

<sup>1</sup> El proyecto lleva el título "El romance primitivo en los documentos medievales de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya (años 919-1230): Contribución a la lexicografía diacrónica" y fue presentado por Dña. Ángeles Líbano Zumalacárregui, catedrática de Lengua Española en la facultad de Filología, Geografía e Historia de la Universidad del País Vasco.

<sup>2</sup> El proyecto lleva el título *Construcción de una base de datos bilingüe y onomasiológica sobre el vino castellano-manchego*.

<sup>3</sup> Este trabajo forma parte de la investigación llevada a cabo en el marco de *OncoTerm: Sistema bilingüe de información y recursos oncológicos*, código PB 98-1342, financiado por el Ministerio de Educación y Cultura.

los mismos, sobre todo, con la revolución que se está produciendo en ese terreno en el ámbito de los electrónicos.

Independientemente de ese fenómeno, el hecho de que los diccionarios estén compuestos por palabras o términos, nos lleva, en cierta medida, al estudio de la información que tendrán que ofrecer para garantizar, dentro de lo posible, que el usuario pueda tomar una decisión adecuada en el momento de elegir entre las diferentes equivalentes ofrecidas y, por consiguiente, el estudio de las relaciones que unen las unidades léxicas con los textos donde aparecen.

Para llevar a cabo este propósito, pues, es necesaria una metodología de análisis que permita estudiar a fondo los diferentes factores que caractericen las unidades léxicas y las relaciones entre éstas y los textos donde se actualicen. Hemos decidido aplicar las teorías que indicaremos más adelante a un estudio de corpus, debido, sobre todo, a que formamos parte del proyecto de investigación *Oncoterm*<sup>4</sup>.

Otro argumento importante a favor de la elección del campo de la *oncología* estriba en la creciente necesidad de producción y traducción de textos en dicho ámbito, basada en un acelerado avance científico por una parte, así como en el carácter internacional y, por tanto, multilingüe de los encuentros y foros especializados, por otra. Esta situación conlleva la traducción al español de un número elevado de diferentes tipos de textos, producidos originalmente en inglés, francés o en alemán. Sin embargo, no será en los diccionarios especializados donde el traductor encuentre la información fundamentalmente pragmática que necesite para poder llevar a cabo la traducción de estos textos biomédicos, sino que habrá de localizarla y extraerla precisamente analizando el lugar textual donde ésta se haya actualizado. Nuestro trabajo se basará en este proceso, en concreto, reuniremos *corpora* fundamentados en distintos tipos de texto pertenecientes al campo antes mencionado, tanto en lengua española como alemana. De entre estos *corpora*, seleccionaremos unidades léxicas especializadas en diferentes niveles de comunicación y realizaremos un análisis de la relación entre el lexema y el tipo de texto en el que aparece. Entendemos nuestro estudio como complementario a los planteamientos de López

---

<sup>4</sup> <http://www.ugr.es/~oncoterm/>

Rodríguez (2000), referidos a los análisis de la tipología textual y la cohesión o, dicho de otro modo, la distribución de las cadenas léxicas en los textos biomédicos, otro de los factores importantes que tiene que tener en cuenta el traductor que trabaja en este área del saber. En López Rodríguez 2002b, se continúa esta línea de investigación con la descripción de la distribución de clases léxicas según la sección retórica y el tipo textual que se trate.

Hemos de resaltar que dicha actividad del traductor profesional – y por tanto también el tema de nuestro trabajo –, como es habitual en este tipo de estudios, está relacionada con varias disciplinas a la vez. Para llevar a cabo con toda seriedad su trabajo que, en el caso de la traducción especializada, en gran medida resulta ser terminológico, el profesional (traductor o intérprete) tendrá que familiarizarse, no solamente con el campo específico de la materia en cuestión, sino también con disciplinas tales como la terminografía, la informática, la lexicología y la lingüística, entre otras. Pero, sobre todo, habrá de hacerlo si desea indagar en la problemática teórica y práctica que tales actividades conllevan.

Este trabajo nace, pues, de la creencia de evidenciar, una vez más, la utilidad de aplicar los estudios de corpus y los realizados en torno al léxico a la compilación de los diccionarios en general y los multilingües en particular, sean de contenido general o especializado, que, al parecer, deseosos por ofrecer ambiciosas equivalencias descontextualizadas, acaban ofreciendo listas de vocablos de difícil ubicación pragmática y, por lo tanto, de imposible actualización textual (Snell-Hornby 1989, 1996ab).

## **1.2 Objetivos del estudio**

Gracias al avance científico en relación con el campo de la medicina, la infraestructura de la comunicación - tanto escrita como oral - va aumentando de forma considerable entre los profesionales de la salud en el ámbito internacional. Para que las barreras lingüísticas no obstaculicen dicha comunicación es necesario crear una infraestructura conceptual con un máximo grado de fiabilidad y aplicación en ambos sistemas lingüísticos objeto de nuestro estudio. El reto que nos llevó a la elección del tema reside precisamente en la utilidad que



pudiera tener este proyecto de investigación en un futuro próximo para el trabajo concreto de un traductor o intérprete en dicho campo del saber y, sobre todo, para el terminólogo, terminógrafo y el que, llevado por la pasión, se dedique a este tipo de investigación.

Por otra parte, a pesar de la creciente producción de textos médicos, especialmente en Internet, y la simultánea necesidad de traducirlos a otras lenguas, hay relativamente pocos diccionarios especializados bilingües sobre el tema y la mayoría no ofrece la calidad deseada (Azorín Fernández 1998, Azorín Fernández & Martínez Linares 1998, Bretthauer 2000, Corpas Pastor & Alvar Ezquerro 1999). Los diccionarios especializados bilingües actualmente disponibles – y con mucha frecuencia también los monolingües – no le ofrecen al receptor prototípico (el traductor profesional, pero lego en la materia objeto de la búsqueda) lo que espera encontrar en ellos: información sobre una unidad terminológica, es decir, una equivalencia acompañada por su definición mediante la que se determine el área concreta a la que pertenece el lexema especializado, así como elementos informativos necesarios respecto a la situación comunicativa y el tipo de texto donde ha de emplearse. Con frecuencia, el traductor bien no encuentra el término por ser demasiado específico, bien se le presenta un gran número de equivalencias desprovistos de comentario alguno:

Entweder findet er keinen Eintrag, weil der Terminus zu speziell ist, oder es wird ihm gleich eine mehr oder weniger große Anzahl von Entsprechungen präsentiert, so dass die Auswahl einem Lotteriespiel gleichkommt. Des weiteren hat er es gewöhnlich mit einem rein alphabetisch geordneten Wörterbuch zu tun, von dem er nicht weiß, ob sich dahinter ein nach einem begriffssystematischen Konzept erarbeitetes Wörterbuch verbirgt oder nicht (Bretthauer 2000: 121).

De ofrecer esta información, el diccionario ocuparía entonces un espacio claramente marcado de un campo del saber, cumpliendo una función concreta en una determinada situación comunicativa también concreta, como cualquier otro tipo de texto. De hecho, tanto la lexicología como la lexicografía clásica adolecen, como hemos apuntado con anterioridad, de puntos de investigación serios respecto al tema. Los países anglosajones se han ocupado al menos de refrendar estas preocupaciones con indicaciones relativas al “uso” en los prólogos de los mismos (Leech & Thomas 1987). La tradición alemana, por su parte, ha sido muy respetuosa con sus variedades diatópicas o dialectales, descuidando

profundamente las diafásicas y diastráticas, hecho éste que se ha heredado en el tratamiento de lexemas especializados y su lexicografía (Wiegand 1986).

Además, como ni aquellos estudios ni los resultados logrados mediante ellos se encuentran disponibles en *Internet*, la investigación tradicional resulta ser poco menos que inaplicable. En este sentido, pretendemos que los resultados obtenidos en el presente estudio sean realmente viables, permitiéndole al usuario prototípico que quiera acceder a ellos que lo haga a través de una página *web*. De hecho, el proyecto *OncoTerm* ofrece dicha página *web* a través de la que se accede precisamente al sistema informático *OntoTerm*<sup>5</sup> desarrollado por nuestro grupo de investigación, que se compone de una base de datos terminológica basada en una ontología, tal como veremos más adelante (apartado 1.3). Basándonos en las líneas de investigación ya llevadas a cabo por los distintos miembros del grupo, nuestra intención es continuar y ampliarlas centrando nuestra labor en un aspecto muy delimitado. Nos referimos principalmente a dos tesis doctorales que consideramos esenciales para nosotras, esto es, como puntos de partida para ampliar los resultados ya alcanzados en estos estudios. Se trata de García de Quesada (2001) que propone una estructura para la definición, pero sin hacer referencia a la inclusión de la información pragmática ni al perfil del usuario ya que dichos aspectos no formaban parte de su tema. Por otro lado, el estudio de López Rodríguez (2000) se ocupa de las cadenas léxicas en los diferentes tipos de textos, pero no incluye su posible aplicación a las definiciones. En cierto modo, nuestro estudio supone la continuación del estudio realizado por López Rodríguez al aplicar el análisis de las unidades terminológicas en textos dirigidos a distintos tipos de usuarios a la elaboración de las definiciones para lectores con un perfil concreto. Uno de nuestros propósitos es ofrecer – en la página *web* de la base de datos terminológica del proyecto *OncoTerm* – la opción de que el usuario de dicha página pueda, al identificarse por ejemplo como lego (paciente) o con ciertos conocimientos previos (estudiante de medicina) o profesional (médico), activar una serie de comandos que le ofrezcan una definición según sus necesidades concretas.

---

<sup>5</sup> *OntoTerm* se encuentra en Internet en el sitio <http://www.ontoterm.com>

El conjunto de estas reflexiones generales nos llevan a la concreción de nuestros objetivos de investigación:

1. Desde el punto de vista de la investigación teórica:

1.1. Pretendemos analizar y sistematizar los tipos de información codificada en las definiciones de los lexemas de los lenguajes especializados, concentrándonos fundamentalmente en la información pragmática, dado que, como veremos más adelante, consideramos que será ésta la que relacione lexema y tipo de texto especializado.

1.2. Asimismo, completaremos este estudio con una propuesta de ubicación de la información pragmática en el seno de la propia definición de la unidad terminológica. Para realizar esta labor, partiremos de la previa estructuración conceptual de la categoría *procedimiento diagnóstico* del *evento médico oncológico* (Faber 1999, 2000, 2002 y en prensa) mediante la información extraída de nuestro corpus de textos especializados.

2. Desde el punto de vista del trabajo práctico, quisiéramos introducir en este estudio cuatro parámetros de aplicación:

2.1. El trabajo con *corpora* es de máximo interés y constituye la base de nuestras investigaciones y análisis.

2.2. La confección de diccionarios especializados o bases de datos terminológicas de cualquier nivel de abstracción presupone una labor de análisis del sistema conceptual previo, así como la búsqueda de la información pragmática de las unidades léxicas en función de su ubicación textual. Esto supone el estudio de un corpus de diferentes tipos de texto para así incluir la información pragmática codificada en las definiciones de las unidades léxicas que componen el diccionario especializado o base de datos terminológica.

- 2.3. La elaboración de un modelo de definición variable que permita la adecuación de la misma a un tipo de usuario determinado con un perfil concreto.
- 2.4. La elaboración de un metalenguaje controlado (Grupo de Investigación OncoTerm 2002, Göpferich 1998, Lehrndorfer 1995, 1996) del subcampo de la *endoscopia*, basado en los análisis de nuestro corpus y clasificado según su nivel de abstracción.

Como acabamos de mencionar, el objetivo principal de nuestro estudio es la localización de la información pragmática de la unidad léxica en diferentes tipos de textos – y, por consiguiente, también la variación denominativa (cfr. Cabré 1999ab) – en el subcampo del *procedimiento diagnóstico oncológico* y su codificación en el seno de la definición que consideremos idónea para su inclusión en un diccionario electrónico o una base de datos terminológica.

Para poder llevar a buen término nuestro trabajo pasaremos a determinar de la forma más precisa posible el *tertium comparationis*.

En cuanto a los distintos métodos de análisis contrastivo de textos, Spillner (1981: 240), por ejemplo, enumera una lista de posibles estudios:

- 1) el estudio comparativo de los sistemas lingüísticos
- 2) el estudio comparativo de frecuencias y normas
- 3) el análisis de errores en el nivel textual
- 4) la comparación de traducciones
- 5) el análisis de textos paralelos
- 6) la comparación de la retórica y estilística normativas

De todos estos métodos teóricamente aplicables al estudio contrastivo de análisis textual, en realidad sólo uno es relevante para nuestro objetivo: la comparación de diferentes tipos de textos en alemán y español que no sean traducciones, o sea, el análisis de *corpora* paralelos. Dicho análisis consiste en la comparación de textos que no estén en una relación *original* –

*traducción*, pero que, a pesar de eso, sean comparables por razones temáticas y pragmáticas (Spillner 1981: 241). Este autor menciona como un tipo de análisis la comparación interlingual e intercultural de diferentes tipos textuales (Spillner 1996: 108).

En nuestro estudio, sin embargo, los tipos textuales pertenecen a un determinado campo del saber, el *evento oncológico*, y dentro de éste, al subcampo del *procedimiento diagnóstico*. Este hecho, por norma general, implica un mayor grado de dificultad respecto a su contenido que los textos de carácter general. Este nivel de dificultad o de especialización dependerá de varios factores, entre los que destacamos dos:

- (a) el perfil de los usuarios, es decir, los conocimientos compartidos entre emisor y destinatario, que a su vez influyen en la elección de unas estrategias de comunicación adecuadas, y
- (b) las convenciones de los tipos textuales.

Estos factores nos conducen, en primer lugar, a establecer una serie de generalidades como el hecho de que partamos de la base de que existen distintos niveles de especialización del discurso (Löffler-Laurian 1996: 139) y de que éstos pueden ser determinados por una serie de parámetros. Baumann (1992: 33 ss., 1997, 2001), por su parte, habla de sistemas de conocimiento presentes en el texto especializado; éstos se analizan a través de su nivel sociocultural, social, cognitivo, temático, funcional, textual, estilístico y semántico. El estudio de estos aspectos nos permitiría llegar con más exactitud a los distintos grados de especialización en la comunicación especializada.

De estas reflexiones destacan diferentes parámetros que nos interesan especialmente con vistas a la realización de la presente tesis:

- los tipos de textos que muestran un determinado nivel social, cognitivo, lingüístico, etc. inherente a las unidades léxicas que los caracterizan,
- el perfil concreto del usuario al que se dirige un determinado texto.

### 1.3. Integración del trabajo en el Proyecto ONCOTERM

Como mencionamos en el preámbulo, este trabajo de investigación forma parte de un proyecto de gran envergadura llamado *OncoTerm: Sistema bilingüe de información y recursos oncológicos*, creado con el objetivo de elaborar un sistema de información en el campo biomédico de la ONCOLOGÍA. El objetivo último es su disponibilidad en Internet para ser utilizado, por un lado, por profesionales de la salud, pacientes y familiares, y, por otro, por profesionales de la industria de la lengua como traductores, intérpretes, redactores técnicos, etc. En este proyecto interdisciplinario sobre terminología oncológica colaboran investigadores de diferentes universidades (la Universidad de Granada, la Universidad de Málaga, la Universidad de Valladolid y la Universidad Nacional de Educación a Distancia) y profesionales del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.<sup>6</sup>

El componente central de *OncoTerm* es un sistema gestor de base de datos terminológica, basado en el conocimiento, llamado ONTOTERM<sup>TM</sup>, sistema informático que ha sido desarrollado por un miembro del grupo, el Dr. Moreno Ortiz de la Universidad de Málaga (Moreno Ortiz 2000, Moreno Ortiz & Pérez Hernández 2000). *OncoTerm*<sup>TM</sup> está compuesto por dos herramientas, el llamado *TermBase Editor*, gracias al que se gestiona la información terminológica que consiste, ante todo, en la ubicación de los términos que se describen mediante las categorías de datos de la norma ISO 12620. La segunda herramienta es el *Ontology Editor* donde está ubicada y representada la organización o estructura conceptual del conocimiento. En esta base de conocimiento u ontología de conceptos ya se encuentra almacenada información mediante la que se representa el conocimiento del evento oncológico en forma de su sistema conceptual. Los dos módulos informáticos de *OncoTerm*<sup>TM</sup>, la ontología que se activa con el *Ontology Editor*, y la base de datos terminológica para la que se necesita el *TermBase Editor*, están estrechamente interconectadas, ya que no se pueden crear entradas para la introducción de nuevos términos en la base de datos terminológica sin la ubicación previa de los correspondientes conceptos en la ontología. Por consiguiente, los pasos que hay que seguir siempre en el

---

<sup>6</sup> En Grupo de Investigación OncoTerm2002 se encuentra una descripción detallada del proyecto *OncoTerm*.

proceso de introducción de información nueva son, en primer lugar, la ubicación del concepto, añadiendo la definición, así como las relaciones conceptuales – sean jerárquicas o no –, y, en segundo lugar, la introducción de los términos en las respectivas lenguas, conjuntamente con los demás datos de interés tales como definición (que se adopta del concepto de la ontología), variante, sinónimo, etc. según la norma ISO 12620, como mencionábamos más arriba.

La información almacenada en la base de datos terminológica también se puede visualizar en formato *HTML* mediante el *Ontology Navigator*, una opción que permite ver imágenes, donde los conceptos y relaciones se convierten en hipervínculos para acceder a los respectivos archivos *HTML*, etc.

La estructuración conceptual utilizada en *OntoTerm*<sup>TM</sup> nació y depende de la ontología del proyecto *Mikrokosmos*, un sistema para la traducción automática basado en el conocimiento, desarrollado por el Computing Research Laboratory (CRL) de la New Mexico State University (cfr. Viegas et al. 1999, Mahesh 1996, Mahesh & Nirenburg 1995ab, 1996). De hecho, *OntoTerm*<sup>TM</sup> asume el concepto de ontología de Mahesh (1996:5), que la define de la siguiente forma:

...a language-independent knowledge source... for us, an ontology is a computational entity, a resource containing knowledge about what “concepts” exist in the world and how they relate to one another.

Tratándose, pues, de información puramente conceptual, la ontología es independiente de cualquier lengua. El lazo entre el concepto y los distintos términos donde se actualiza éste, se establece únicamente en la base de datos terminológica, gestionada mediante *TermBase Editor* al que nos hemos referido antes y que se ha creado en las lenguas inglesa y española; la parte en lengua alemana se encuentra en fase de construcción.

La elaboración tanto de la base de conocimiento, como la de la base de datos terminológica se fundamenta en un corpus de textos oncológicos en inglés – idioma en el que se ha preferido formalizar los conceptos - español y alemán, con la opción de ampliación hacia cualquier otra lengua. Asimismo, dichos *corpora* podrán ser consultados en Internet por el público interesado en temas relacionados con la oncología. El usuario accede a dicho corpus textual mediante hipervínculos insertados en la base de datos

terminológica. Las consultas de tipo terminológico o textual se realizarán a través de un servidor *web* donde el usuario encontrará las herramientas necesarias a tal efecto.

El objetivo principal de *OncoTerm* consiste, pues, en la elaboración de un sistema de información sobre el campo específico de la oncología, que se deriva de la creación y configuración de una amplia base de datos terminológica. El proyecto engloba, además, una serie de objetivos<sup>7</sup> operativos que van dirigidos precisamente a la creación y configuración de dicha base de datos terminológica sobre el cáncer. Estos objetivos operativos son los siguientes (Grupo de Investigación OncoTerm 2002):

- (a) la elaboración de un inventario de relaciones conceptuales del EVENTO MÉDICO en general y del EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO en particular,
- (b) la creación de un corpus de textos médicos, en todas las lenguas que estén representadas en la base de datos terminológica, con enlaces de hipertexto a
  - ✚ una base de textos paralelos,
  - ✚ un asistente de pantalla para elaborar artículos biomédicos en las lenguas que estén representadas en la base terminológica,
- (c) la especificación de un lenguaje para la definición terminográfica que sea conciso, consistente y aplicable no sólo al subcampo de la oncología, sino también a otras especialidades médicas y a otras lenguas,
- (d) la configuración de una base de datos terminológica multilingüe articulada en torno a la estructura hallada en la definición de los términos,
- (e) la creación de hipervínculos que permitan el enlace entre términos contextualizados en las diferentes lenguas para facilitar la traducción de terminología médica,

---

<sup>7</sup> Para una información más detallada sobre los objetivos del proyecto *OncoTerm* véase Pérez Hernández 2000 y Grupo de Investigación OncoTerm 2002.



- (f) ayudar, mediante el corpus de textos médicos, a los profesionales de la salud a redactar distintos tipos de textos según las convenciones de la comunidad médica, en todas las lenguas representadas en la base de datos.

Todos estos objetivos concretos sirven al objetivo general último ya mencionado, esto es, la elaboración de un sistema de información sobre el campo específico de la oncología donde destaca sobre todo la creación una amplia base de datos terminológica sobre el cáncer que, conjuntamente con cada una de las herramientas y recursos que la acompañan y que se ofrecen en Internet, podrá ser de gran utilidad para un gran número de grupos de usuarios:

- los PROFESIONALES DE LA SALUD entre los que se encuentran médicos (de hospitales, centros de salud, etc.) y otro tipo de profesionales en formación hasta los estudiantes de medicina,
- los REDACTORES TÉCNICOS que necesitan información, en algunos casos, muy especializada y en un plazo muy breve, para producir textos que sean de máxima actualidad,
- los TRADUCTORES e INTÉRPRETES también constituyen un grupo de profesionales con necesidad de recurrir de forma rápida a información actualizada en temas muy especializados, tanto para recabar la terminología respectiva, como para producir textos que cumplan y respeten las convenciones, en este caso, de la comunidad médica.
- los INVESTIGADORES que necesiten localizar y/o recuperar datos actuales sobre temas oncológicos muy especializados,
- los PACIENTES y sus FAMILIARES en búsqueda de información en relación con un determinado tipo de cáncer, los posibles métodos diagnósticos, el tratamiento, etc.

- PERSONAS INTERESADAS en la temática, que no pertenezcan a ninguno de los grupos anteriores.

Gracias a las investigaciones llevadas a cabo en el marco del proyecto *OncoTerm*, se consiguieron resultados muy importantes en relación con los objetivos inherentes a dicho proyecto y que hemos mencionado más arriba. Los resultados más relevantes conseguidos hasta ahora son los siguientes:

- (a) un amplio corpus de textos oncológicos, tanto en español como en inglés (cap. 3, Faber et al. 2001)
- (b) se concluyó el diseño del sistema conceptual de la oncología
- (c) se elaboró un metalenguaje para la definición terminográfica conciso y consistente, estructuras predicativas típicas de cada categoría (Grupo de Investigación OncoTerm 2002), que es también aplicable a otras especialidades médicas y a otras lenguas (Faber 2002, Faber et al. 2001, Faber & Mairal Usón 1999, García de Quesada 2001)
- (d) se elaboró un inventario de relaciones conceptuales del EVENTO MÉDICO en general y del EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO en particular (Faber 2002, Faber 1999, Faber et al. 2001 y Grupo de Investigación OncoTerm 2002)
- (e) se elaboraron esquemas relativos a las categorías (*category templates*) que reflejan la organización o estructura interna de aquellas en las que se compone el evento médico y el evento médico oncológico. Estos esquemas permiten tanto la consistencia de las definiciones de los conceptos, como la de la ontología, así como de la base de datos terminológica.

- (f) se configuró una base de datos terminológica con entradas en lengua inglesa y española articulada en torno a la estructura hallada en la definición de los términos. La base de datos terminológica de *OntoTerm*<sup>TM</sup> consta de 1.397 entradas terminológicas y un total de 4.051 términos, vinculados a 1.397 conceptos de la ontología.
- (g) se crearon hipervínculos que permiten el enlace entre términos contextualizados en las diferentes lenguas.

Con estos datos, en concreto, el resumen de lo que representa el proyecto *OncoTerm* y sus principales objetivos, por una parte, y de los resultados ya obtenidos gracias a la labor investigadora de los miembros del grupo de *OncoTerm*, por otra, podemos indicar en qué objetivos concretos se enmarca nuestro estudio. Nuestro trabajo se refiere principalmente a tres de los objetivos arriba enumerados:

1. la creación de *corpora*, en nuestro caso en las lenguas española y alemana, en el subcampo PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO del campo EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO. Con esta compilación pretendemos ampliar el corpus existente en español, añadiendo textos sobre el PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO, así como crear uno nuevo en alemán.
2. continuar la elaboración de una estructura (*esquema de la categoría*) para la definición terminográfica, en la que destacaremos la información pragmática en dicha estructura, que dependerá del receptor concreto; la definición se convertirá así en una DEFINICIÓN VARIABLE (Temmerman 2000).
3. continuar la elaboración de un metalenguaje controlado para la definición terminográfica variable que sea conciso y consistente, así como aplicable a otras especialidades médicas y a otras lenguas.

Para estos fines, crearemos un corpus bilingüe especializado que esté compuesto únicamente por textos del subcampo del *procedimiento diagnóstico*. Una vez concluida dicha tarea, analizaremos los dos *corpora* con herramientas informáticas adecuadas que permitan su análisis, principalmente con la ayuda de listas de concordancias de cada uno de los términos, sintagmas, etc., objeto de dichos análisis. Obtendremos información no solamente respecto de la variación de los términos, sino también respecto de la información pragmática codificada en los *corpora*. Los resultados de estos análisis nos llevarán a la modelación del conocimiento oncológico con vistas a su incorporación en la estructura de la definición. Nuestro estudio pretende aportar ante todo un avance en el microcampo de la estructuración de la definición, dándole un enfoque claramente pragmático. Estamos convencidos de que la calidad y, por tanto, la utilidad de la definición están estrechamente vinculadas a la información pragmática codificada en ella, en el sentido de adecuación al usuario de la misma. En este sentido, partimos de la base de que una definición que no haya sido construida teniendo en cuenta a su receptor prototípico probablemente sea de muy poca utilidad.

#### **1.4. Breve resumen de los capítulos**

Para llegar a corroborar las hipótesis de partida nuestro estudio ha sido estructurado en torno a cinco elementos:

- 1) los presupuestos teóricos (capítulo dos),
- 2) la metodología (capítulo tres),
- 3) los análisis y los resultados (capítulos cuatro y cinco),
- 4) las aplicaciones prácticas (capítulo seis) y
- 5) las conclusiones (capítulo siete).

El CAPÍTULO DOS consta de cuatro apartados de los que el primero ofrece una introducción a los pilares de la teoría de la terminología, constituidos éstos fundamentalmente por el concepto, el sistema conceptual, las relaciones entre conceptos, la

definición y el término. El apartado dos refleja las principales ideas que presenta la Teoría Comunicativa de la Terminología (TCT) creada por Teresa Cabré (1999abc, 2000ab), así como las diferentes ideas de la socioterminología (Boulanger 1995, Gambier 1993, 1994, Gaudin 1993ab, Wußler 1997) y de teóricos famosos como Sager (1990, 1993), Hoffmann (1998) o Adamzik (1998). Finalmente se destacan las diferencias más importantes de estas teorías con la tradicional Teoría General de la Terminología (TGT) basada en los trabajos de Wüster (1985).

En el tercer apartado de este capítulo nos ocupamos de la Teoría Sociocognitiva de la Terminología (TST) de Temmerman (1999, 2000ab, 2001), destacando los objetivos y principios en los que se fundamenta dicha teoría, así como las propuestas presentadas por ella, sobre todo en relación con los conceptos y su definición.

El cuarto punto de este capítulo se dedica a la elaboración de una nueva teoría de la terminología, partiendo de los logros conseguidos por Cabré y ampliando y completándolos en sus tres partes fundamentales, esto es, la dimensión lingüística, la cognitiva y la social de la unidad terminológica. En cuanto a la dimensión lingüística, aplicamos la teoría desarrollada por Martín Mingorance acerca de la organización jerárquica del léxico y plasmada en su Modelo Lexemático Funcional (MLF), aplicado a la Terminología por Faber (1999, 2000, 2002 y en prensa, Faber & Mairal Usón 1998 y 1999, Mairal Usón & Faber 2002). Por su parte, la dimensión cognitiva incorporará las ideas principales de los estudios realizados por Faber (*ibid*) donde ofrece, entre otras, una estructuración conceptual del evento médico oncológico en categorías que, a su vez, permiten, como hemos mencionado, la elaboración de un modelo sistemático de definición. A estas ideas se añaden aspectos de la pragmática léxica abordados y desarrollados en los trabajos realizados por Jiménez Hurtado (2000, 2001).

El apartado sobre la dimensión social como tercer parámetro del análisis de la unidad terminológica finalmente no formará parte de este capítulo dado que, a lo largo de este trabajo, se ha demostrado que la descripción de esa vertiente de la unidad léxica es de carácter eminentemente práctico. Únicamente a través del análisis de ejemplos de textos es posible dar cuenta de los distintos factores sociales que envuelven cada acto de

comunicación. Se presentará en el capítulo cuatro después de ofrecer una metodología de análisis del corpus en el capítulo anterior.

En el CAPÍTULO TRES nos dedicamos a la descripción de la metodología seguida para el desarrollo del presente estudio. Se mencionan, por una parte, los distintos criterios y pasos de selección y recopilación de los *corpora* y, por otra, se justifica y fundamenta la elección del programa *Wordsmith Tools* como herramienta de análisis semiautomático del corpus.

En el CAPÍTULO CUATRO, finalmente, nos ocuparemos de la dimensión social que nos llevará a la descripción del perfil del emisor y del usuario o receptor del texto, que abarca el marco idiolectal, el diatópico, diacultural, diastrático y diafásico. El perfil concreto del receptor posibilita la descripción del acto de comunicación potencial donde la definición aparecerá como un texto que cumple determinados factores pragmáticos y comunicativos. Gracias a los análisis de textos procedentes de nuestro corpus, se descubrirán las necesidades concretas de los destinatarios que, a su vez, permitirán la elaboración del metalenguaje controlado.

El CAPÍTULO CINCO refleja los resultados obtenidos a través del análisis de los *corpora* realizados con la herramienta *Wordsmith Tools*. Se trata de las concordancias que posteriormente servirán de fundamento para la elaboración de las definiciones pragmáticas (capítulo seis), asegurando así la aplicación de un lenguaje controlado. En los distintos apartados, se describen tanto los resultados en cuanto a la variación terminológica, como los que se refieren al lenguaje pragmático controlado. Se observan diferencias apreciables entre los resultados procedentes del análisis de los distintos *corpora*, donde se destacan cuatro apartados principales con los resultados basados en los cuatro *corpora*, dos en cada lengua que, a su vez, se dividen en el corpus dirigido al paciente y el dirigido al profesional de la salud, con sus diferentes grados de abstracción. No solamente en los textos destinados al paciente, sino también en los que lo han sido para el profesional de la salud, se han podido detectar elementos de la codificación de datos pragmáticos.

En el CAPÍTULO SEIS nos dedicamos a las aplicaciones prácticas para las que ofrecemos, en primer lugar, una descripción general de la categoría *procedimiento diagnóstico* con sus archilexemas y sus relaciones. En un segundo paso, se especifican los elementos

léxicos que pertenecen a la categoría *procedimiento diagnóstico* así como las microcategorías que, a su vez, forman dicha categoría y que constituyen la base estructural de nuestro modelo de definición. En el último apartado de este capítulo, se procede a la modelación del conocimiento especializado aplicado al concepto de *endoscopia* y sus conceptos específicos. Las definiciones ofrecidas corresponden al marco de la definición variable propuesto en el capítulo 2, cuya estructura base está determinada por las microcategorías que componen la categoría *procedimiento diagnóstico*. Asimismo se incluyen los resultados obtenidos en el capítulo 5 que abarcan tanto la sinonimia, como el lenguaje controlado con la información pragmática destinada a los dos grupos de receptores: el receptor no experto / paciente y el experto / profesional de la salud.

Finalmente, en el CAPÍTULO SIETE se reflejan las principales conclusiones a las que hemos podido llegar en la elaboración de este trabajo.

## 2. Presupuestos teóricos

### 2.1. Introducción

Al ocuparse nuestro estudio de la traducción especializada en un campo del saber claramente delimitado y altamente especializado, nos adentramos obligatoriamente en una disciplina muy afín a la de la traducción: la terminología. Quizás sea ésta la disciplina que esté más estrechamente relacionada con el trabajo del traductor profesional quien, en la mayoría de los casos, recibe encargos cuyo resultado es la producción de textos especializados.

Cuando se habla de terminología hay tres posibilidades de referencia, es decir,

- se puede designar así la disciplina que se ocupa de los principios y bases conceptuales que rigen el estudio de los términos,
- la metodología o directrices de aplicación al trabajo terminográfico o, por último,
- también se utiliza esta palabra para referirse al conjunto de términos que representa el sistema de conceptos de una materia específica (cfr. Cabré 1993: 82, Sager 1990).

La norma española UNE 1-070-79 (1979: 8) – que concuerda con la norma 1087 de la Organización Internacional de Normalización (ISO) – dice que la terminología es

1. un conjunto de términos que representan un conjunto de nociones vinculadas, sobre todo en un campo especial
2. un campo del saber consagrado a la formación y a la denominación de las nociones, bien sea en un campo especial, bien sea para todos los campos.

Podemos afirmar que las palabras clave en cuanto a la terminología son, ante todo, el *concepto*, la *definición* y el *término*, pero también los *sistemas de conceptos* y las *relaciones entre conceptos*. Todas ellas son interdependientes, es decir, el concepto y su



definición forman la base que permite iniciar una búsqueda acertada del término en cuestión. Por otra parte, el concepto está acuñado en un sistema o estructura conceptual / nocional y mantiene diferentes tipos de relaciones con otros conceptos del mismo campo del saber.

En los siguientes apartados trataremos brevemente los parámetros antes mencionados que determinan la terminología como disciplina, empezando por el concepto que, sin lugar a dudas, se puede considerar el núcleo y el punto de partida de todo trabajo terminográfico dedicado a la recopilación de términos, la elaboración de sistemas conceptuales, etc.

### **2.1.1. El concepto**

Para poder acercarnos con propiedad al tema de los conceptos y los sistemas formados por ellos, veamos en primer lugar la definición del mismo reflejada en la norma ISO 704 de la Organización Internacional de Normalización:

[los conceptos] son construcciones mentales que sirven para clasificar los objetos individuales del mundo exterior o interior a través de un proceso de abstracción más o menos arbitrario (Cabré 1993: 195).

Por su parte, Sager (1993: 46) los define de la siguiente manera:

La formación de conceptos es un proceso que consiste en la agrupación y ordenación, dentro de categorías abstractas, de los objetos materiales e inmateriales que sentimos, percibimos o imaginamos.

Estas definiciones nos señalan quizás lo más importante de lo que es un concepto: no es una palabra o un término relacionado con un determinado objeto, sino la representación mental de una clase de objetos. Esta representación se basa, a su vez, en una selección previa de las características más importantes de dichos objetos, las cuales nos abren el camino hacia la confección de la definición del concepto. De forma parecida lo expresa Cabré (1993: 195):

Los conceptos, que son representaciones mentales de esos objetos, son fruto de un proceso de selección de las características relevantes que definen una clase de objetos y no objetos individuales.

Según sus características, podemos agrupar los conceptos en:

- a) clases.....p. ej. cinturón, contenedor, vehículo
  - b) propiedades.....p. ej. fuerza, albino, visual
  - c) relaciones.....p. ej. hermana, más, paralelo
  - d) funciones.....p. ej. operador-operación, roce, fricción
- (Sager 1993: 51)

Esta diversidad no solamente existe respecto del concepto en sí, sino que también lo hace en cuanto a su ubicación o, mejor dicho, su relación con los demás conceptos del correspondiente campo especializado. Dentro de la teoría terminológica, se acepta que los conceptos deberían ordenarse según ciertos esquemas de clasificación conceptual y presentarse dentro de una estructura sistemática. Sin embargo y como hemos podido ver en el apartado anterior, no se puede mantener la norma establecida por la Teoría General de Terminología de Wüster (1985) de que un concepto pertenezca a un solo campo específico. Explicando las bases de una teoría comunicativa de la terminología (TCT), Cabré (1999a) menciona la posibilidad de que un concepto participe en más de una estructura con el mismo o diferente valor:

[la teoría] debe dar cuenta de cómo un concepto puede formar parte de la estructura conceptual de distintas disciplinas conservando, cambiando o matizando sus características explicando si se trata o no del mismo concepto y de cómo se produce esta circulación conceptual (Cabré 1999a: 99 y 121).

De todas formas, el hecho de que los conceptos formen parte de una estructura conceptual significa que mantienen entre sí relaciones de diferente tipo (Cabré 1999a: 123); precisamente los conceptos se clasifican y se definen gracias a las relaciones que forman con sus conceptos colindantes (Sager 1993: 54), como se verá en el siguiente apartado.

#### **2.1.1.1. Las relaciones entre los conceptos**

Si bien es importante la existencia y, por tanto, el estudio de los conceptos, no lo es menos la relevancia de que existan relaciones entre los mismos. Por regla general, el concepto no aparece solo y aislado en medio de un acto textual, sino enmarcado por otros conceptos y unido a ellos a través de uno o varios tipos de relaciones (Bowker 1997, Kageura 1997, Wright & Budin 1997: 337). Existen diferentes clases de relaciones según las características inherentes al concepto en cuestión. Hay relaciones

que aparecen con una mayor frecuencia que otras; se trata de las relaciones jerárquicas, muy conocidas y estudiadas. Son las siguientes:

- La *genérica*, que, como dice su denominación, indica que uno o varios conceptos están, por ser más específicos, subordinados a otro más amplio (cfr. figura 2.1). Este tipo de relación, que también se denomina *relación lógica*, se basa en la semejanza de los conceptos y constituye el conjunto especie-género (UNE 1-070-79, AENOR 1979: 4).

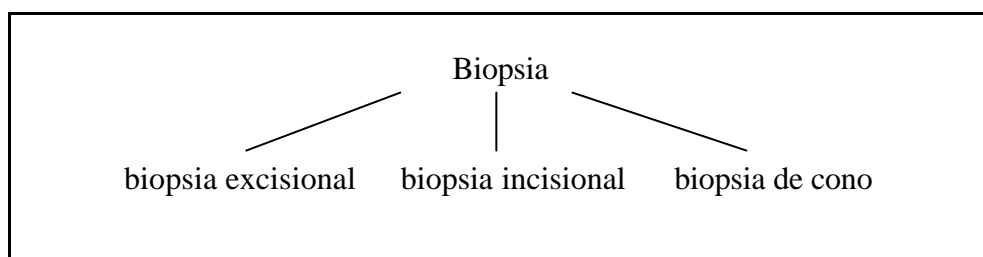


Figura 2.1: Esquema de relaciones genéricas.

- La *partitiva* o la parte por el todo ofrece la información acerca de cómo sus conceptos consisten en partes componentes de un todo (cfr. figura 2.2). Se trata de nociones vinculadas por una de las relaciones llamadas *ontológicas* (la parte – todo); estas relaciones se basan en la contigüidad, en el contacto – en el espacio y en el tiempo – de los elementos que representan las nociones (ibid).

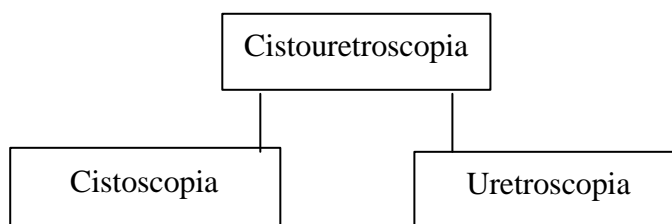


Figura 2.2: Esquema de relaciones partitivas.

Estos dos tipos de relaciones jerárquicas, es decir, la relación de TIPO\_DE y la de PARTE\_DE, también existen de forma mixta como muestra por ejemplo la siguiente figura:

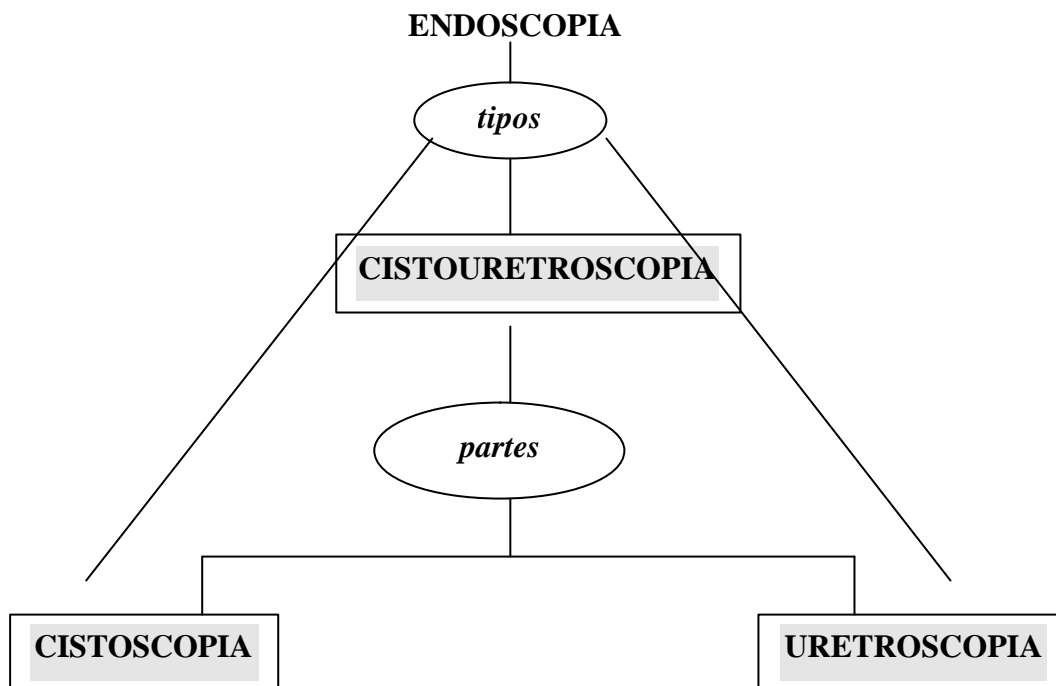


Fig. 2.3: Relaciones de TIPO\_DE y PARTE\_DE entre *endoscopia* y *cistoscopia* / *uretroscopia*.

En primer lugar, tenemos una relación de TIPO\_DE entre ENDOSCOPIA y CISTOSCOPIA y URETROSCOPIA y, en segundo lugar, una relación de PARTE\_DE entre CISTOURETROSCOPIA y CISTOSCOPIA y URETROSCOPIA, ya que una cistouretroroscopia está formada por dos partes, siendo una la cistoscopia y la otra la uretroscopia.

Existen convenciones gráficas adoptadas por los terminólogos para poder ilustrar la posición de los conceptos y sus respectivos términos ofreciendo, de esta forma, información referente a las características de los mismos dentro de un sistema nocional (cfr. Wright 1997a: 89 ss.). El formato aceptado en cuanto a la ilustración de conceptos relacionados de forma genérica es el diagrama en forma de árbol, ya que el conjunto de los conceptos super y subordinados forma una estructura vertical. El formato de las relaciones partitivas lo constituye el diagrama horizontal (ibid). Se aprecia con claridad que dicha representación gráfica no sólo ofrece una vista global sobre una materia determinada / subcampo, sino que además refleja la situación exacta en la que se encuentra ubicado cada uno de los conceptos del sistema en cuestión. Otro

procedimiento para averiguar datos respecto de la ubicación de los conceptos, en este caso de forma mucho más exhaustiva y concreta, es la definición.

Hay un gran número de relaciones que no pueden ser reflejadas por ninguno de los dos tipos de relaciones jerárquicas, i. e. la lógica y la ontológica, establecidas por la TGT (Teoría General de Terminología), que hemos mencionado antes (Cabré 1999a: 138). No se observa en estas relaciones ninguna jerarquía y además pueden ser de naturaleza muy variada, formando sistemas de conceptos multidimensionales (Bowker 1997, Kageura 1997, Wright 1997a). Al contrario de las relaciones jerárquicas, las no jerárquicas se han estudiado en menor medida.

While hierarchical relations have been studied in great depth in numerous fields, the same is not true of non-hierarchical relations, for which no definitive classification exists (Meyer 1997: 103).

Las siguientes son las más conocidas o mencionadas (cfr. *ibid* 103 s.):

- causa-efecto (*quimioterapia – curación del paciente de leucemia*),
- proceso-método (*tratamiento - radioterapia*),
- objeto-tamaño (*instrumento en miniatura – muy pequeño*),
- objeto-material (*fibrobroncoscopio – fibra óptica*) y
- método-instrumento (*endoscopia - endoscopio*).

Una de las causas que pueden dificultar un trabajo terminológico es el número tan elevado de tipos de relaciones entre los conceptos prácticamente imposible de clasificar. Esto lleva al terminólogo / traductor a cuestionarse sobre la localización de cada uno de los conceptos objeto de estudio y la índole de unas posibles relaciones con otros conceptos. Además, tampoco permiten un procedimiento rápido y casi automático en la localización del concepto como resulta ser en el caso de las relaciones jerárquicas.

Como acabamos de ver, reconocer las diferentes relaciones que unen los conceptos entre ellos resulta ser muy importante para cualquier tipo de trabajo terminológico y, por consiguiente, también en nuestro caso, es decir, cuando se pretende confeccionar un diccionario de base onomasiológica. Este diccionario tendrá que reflejar de forma clara, entre otras muchas informaciones, la ubicación del concepto en

su sistema conceptual con la indicación de las relaciones, tanto jerárquicas como no jerárquicas, que unen los conceptos del campo en cuestión.

### **2.1.1.2. Hacia un sistema de conceptos**

Los conceptos, representados por sus respectivos términos, se sitúan en un campo o sistema conceptual o nocional, es decir, una subárea de especialidad donde ocupan un lugar determinado, según las relaciones que tienen con los demás conceptos. La totalidad de los conceptos de un campo determinado forman, en su conjunto, el correspondiente sistema nocional que puede ser, como hemos apuntado en el apartado anterior, multidimensional, es decir, mostrar relaciones jerárquicas y otras no jerárquicas (Bowker 1997, Kageura 1997, Wright 1997a). Para realizar de forma acertada y rigurosa un trabajo terminológico, es fundamental estructurar, en primer lugar, el campo de conceptos de la materia en cuestión, ya que se parte de los conceptos y sus definiciones como base para buscar los términos en una segunda fase. Dicho esto, nos interesa destacar la importancia de la metodología seguida en la disciplina de la terminología, que es el proceso onomasiológico (del concepto al término) y no el semasiológico (de la denominación al significado) practicado en la lexicología más tradicional. Por otra parte, no hemos de olvidar que en un campo de especialidad pueden darse distintas formas de estructuración, de las que cada una refleja una determinada visión de la realidad (Cabré 1993: 207).

Cada ámbito puede ser estructurado desde diferentes perspectivas y en diferentes concepciones, así como cada objeto temático puede ser abordado desde ámbitos y perspectivas distintos (Cabré 1999a: 124).

Partiendo de que esta afirmación es acertada en cuanto a un área específica de una misma cultura, lo es aún más cuando se trata de elaborar terminologías bilingües o multilingües, es decir, cuando se trata de comparar estructuras conceptuales de dos o más culturas.

En este contexto, cabe mencionar a Wußler (1997: 121 s.) quien resalta que la comunicación especializada - y, por tanto, la terminología como parte esencial de la misma - no puede ser objetiva al estar influenciada, en una situación comunicativa real, por factores comunicativos, situacionales y culturales. Estas reflexiones nos llevan a

otro planteamiento bien distinto del de la terminología tradicional, es decir, a la terminología como *socioterminología*:

[...] terminologie non plus d'a priori travaillant sur des termes-étiquettes, des "objets à épingle" mais fondée sur l'émergence et la circulation des notions et des termes, et leurs transformations incessantes, au coeur du réel contradictoire, des activités concrètes [...] (Gambier 1993: 171).

Si adoptamos las ideas de la *socioterminología*, los términos del lenguaje especializado ya no se consideran unidades aisladas, sino unidades que cumplen una determinada función en un acto de comunicación dentro de una materia específica, con un contexto situacional y cultural real y único (Wußler 1997: 122). La socioterminología no sólo ordena el conocimiento sobre algo y crea relaciones, sino que establece las diferencias que se dan en las relaciones de poder entre los interlocutores; poder muy ampliamente entendido como veremos en el análisis del corpus.

La importancia de estructurar los conceptos de un área de especialidad en un sistema y la utilidad que tiene este trabajo para el usuario prototípico - el traductor generalista - y otros posibles usuarios como, por ejemplo, el especialista de otra rama o el especialista / traductor esporádico, lo refleja la Norma UNE 1-066-91 (AENOR 1991: 4):

- Un sistema de conceptos
- es un medio importante para ordenar nuestros conocimientos;
  - establece y precisa las relaciones entre conceptos;
  - permite poner a punto una terminología óptima, unificada y normalizada;
  - permite establecer equivalencias entre terminologías en idiomas diferentes.

Resumiendo las reflexiones anteriores, podemos observar que en cuanto a los sistemas conceptuales no se trata de clasificaciones rígidas, sino de estructuras que dependen de una serie de factores como pueda ser el contexto comunicativo, situacional y cultural (Wußler 1997: 121 s. y Cabré 1993: 207). En relación con nuestro estudio, nos proponemos averiguar si, efectivamente, se aprecia la influencia de tales factores en el área elegida.

### 2.1.1.3. La definición de los conceptos

Antes de adentrarnos en la problemática que plantea la definición<sup>8</sup> de los conceptos, hemos de abordar la polémica respecto del modo de concebir la definición en sí. Según los intereses y fines específicos que rigen cada una de las disciplinas, éstas adoptan diferentes tipos de definiciones. Así, tenemos la que nos ofrecen los lingüistas, la llamada *definición lingüística*, cuyo objetivo es el de distinguir una palabra de otras; en las enciclopedias encontramos la denominada *definición enciclopédica*, mediante la cual el usuario lego recibe determinada información que le ayuda a comprender un lexema - especializado o no. Los terminólogos, por su parte, se sirven de la definición de tipo *terminológico* (véase Sager 1993: 79 ss.). En relación con esta última, la Norma Española UNE 1-066-91 sobre los principios y métodos de la terminología establece lo siguiente:

Una definición ha de contener las características esenciales para la identificación inmediata de un concepto dentro de un sistema particular de conceptos. Las características distintivas se deben seleccionar en relación con el sistema respectivo de conceptos apropiado (AENOR 1991: 7).

Con vistas a nuestro trabajo, nos interesa ante todo la definición terminológica aunque con un profundo estudio lexicológico que describa una noción en referencia exclusiva a un campo de especialidad (Cabré 1993: 209). Este análisis nos ayuda a ofrecer la definición adecuada de un diccionario o una base de datos terminológica útiles para el traductor prototípico profesional al proporcionarle la información necesaria para la localización inmediata del concepto buscado en su sistema conceptual. Para determinar la posible relevancia de la definición terminológica es imprescindible vislumbrar cuáles son sus ventajas e inconvenientes, en definitiva, saber en qué criterios se basa.

La definición ocupa un lugar muy importante en la teoría y práctica de la terminología, ya que conecta directamente el concepto con el término, esto es, constituye el significado del término. La Organización Internacional de Normalización (ISO) dice en la norma ISO 1087 de 1990 acerca del concepto de definición:

enunciado que describe una noción [concepto] y que, dentro de un sistema nocional, permite diferenciarla de otras nociones (Cabré 1993: 208).

---

<sup>8</sup> Para una descripción más detallada de este punto consúltese García de Quesada (2001).



Sager (1993: 71) añade más detalles al respecto:

Un concepto no se puede definir mediante sinónimos de un término ya que esto constituiría una tautología. Sin embargo, sí se puede definir mediante todos los conceptos que le rodean en el campo de referencia especial en el que aparece.

Estas consideraciones nos llevan a dos aspectos de naturaleza lingüística muy importantes:

1. que la definición tiene validez siempre que nos movamos dentro del mismo sistema nocional o conceptual, y
2. que un concepto está siempre relacionado con otros conceptos jerárquicamente superiores o más generales de los que nos servimos para
  - a) describirlo y
  - b) diferenciarlo de otros conceptos similares.<sup>9</sup>

Es cierto que hoy en día se usa una serie de formas distintas o métodos de conectar el término con su concepto mediante una definición adecuada. Así, se da la definición que recurre al análisis, a sinónimos, la paráfrasis, síntesis, implicación, denotación, demostración o a definiciones mixtas. Sin embargo, sólo la analítica, gracias a la cual es posible identificar y colocar un término dentro de un campo nocional específico, es aceptada por la teoría terminológica (ibid). Cuando una definición cumple esta función, es decir situar el término en la correspondiente estructura nocional de un campo de especialidad, hablamos de

- (a) una definición terminológica, a diferencia de otros dos tipos:
- (b) la intensional, que sirve para determinar la referencia precisa de un término; y
- (c) la enciclopédica, que pretende ofrecer a los usuarios no especializados cierto grado de comprensión de un término (Sager 1993: 79 s.).

---

<sup>9</sup> Como veremos, será la información pragmática la última unidad de diferenciación.

Cabré (1993: 209) difiere con razón de esta clasificación denominando los tres tipos de definición de forma diferente y habla de

- (a) la terminológica cuyo objeto de definición es el concepto del sistema nocional de un campo de especialidad;
- (b) la ontológica de la que especifica que su objeto de definición es la realidad;  
y
- (c) la lingüística cuyo objeto de definición es el signo lingüístico.

Se aprecia claramente que la definición propia de la disciplina de la terminología y utilizada por ella es la denominada *terminológica*, descrita por ambos autores de forma parecida. De hecho, cinco años después de su famosa obra *A Practical Course in Terminology Processing* (Sager 1990), Sager (Sager & Ndi-Kimbi 1995) propone la clasificación que encontramos también en De Bessé (1997: 63, 1990). Sager & Ndi-Kimbi (ibid) distinguen, igual que De Bessé, entre los siguientes tres tipos de definición:

- (a) *terminológica*,
- (b) *lexicográfica* y
- (c) *enciclopédica*

Según estos autores, la definición *terminológica* identifica de modo necesario y suficiente la denotación de un concepto dentro de un ámbito específico; la definición *lexicográfica* explica la palabra dentro del contexto de otras palabras y ofrece, por lo tanto, la denotación, la connotación y otros aspectos semánticos de la palabra en cuestión. La definición *enciclopédica* describe el concepto de forma global en un discurso didáctico donde se incluyen todos los aspectos del concepto (ibid: 83-84).

De Bessé (1997: 64) resalta, como los demás, la diferencia en las metodologías: los terminólogos trabajan de forma onomasiológica y los lexicógrafos de forma semasiológica. Las denominaciones utilizadas tanto por Sager & Ndi-Kimbi como por De Bessé para los tres tipos de definición nos parecen, por la facilidad de ser reconocidas y adjudicadas a los respectivos campos de trabajo, las más apropiadas.

En cualquier caso, los tres tipos de definición - denominadas de distintas formas por los autores que hemos mencionado antes - se basan únicamente en la función específica que ha de cumplir cada una, lo que se refleja en el soporte material en el que aparecen los datos, esto es,

1. una base de datos terminológica
2. un tesoro
3. un glosario
4. un diccionario especializado
5. una enciclopedia
6. un diccionario de uso general, etc. (véase también Lorente 2001a)

Según la Norma Española UNE 1-066-91 sobre los principios y métodos de la terminología, editada por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR 1991: 6), en los trabajos de terminología se utilizan principalmente dos tipos de definiciones terminológicas. Son las llamadas *específicas* (o definiciones por *comprensión*) que consisten en una relación de las características del concepto que se ha de definir y que De Bessé (ibid: 69) y Wright & Budin (1997: 339) llaman *definición intensional*. En el caso de la unidad terminológica *colonoscopia parcial*, por ejemplo, se especifica que este tipo de *endoscopia* tiene las características de una *colonoscopia* más dos nuevas características que son “se inspecciona una parte del colon” y “se realiza con un colonoscopio de 1 m de alcance”. Lorente (2001a) menciona que este tipo de definición de la terminografía clásica también “puede contener otras características, que ayudan al usuario a acabar de identificar el concepto o bien a ampliar conocimiento sobre el mismo” (ibid: 107). La autora resalta que, en la Teoría Comunicativa de la Terminología (TCT) (apartado 2.2), este tipo de definición no pierde su potencial descriptivo, siempre que en las redes conceptuales se incluyan otras relaciones además de las de tipo jerárquico.

El segundo tipo de definiciones son las *genéricas* (o definiciones por *extensión*) que consisten en una enumeración de todas las especies del mismo nivel de abstracción como, por ejemplo, todas las especies de una familia de plantas o todos los posibles tipos de endoscopios. De estos dos tipos de definición, la más utilizada en el

trabajo terminológico es - según Arntz (1998: 81) - la específica (*Inhaltsdefinition*), seguida por la definición genérica (*Umfangsdefinition*).

Sin embargo, seguimos echando de menos una metodología de organización de la microestructura en el sentido de poder organizar jerárquicamente la propia definición. En este sentido, habría que mencionar dos sistemas de almacenamiento y gestión de información médica en los que se intenta ofrecer una estructura de la definición basada en relaciones conceptuales. El primero es el sistema composicional de clasificación GALEN (*General Architecture for Languages Encyclopaedias and Nomenclatures in Medicine*)<sup>10</sup> del *Medical Informatics Group* de la Universidad de Manchester, financiado por la Unión Europea, que trabaja en la inclusión de relaciones conceptuales formalizadas a través del lenguaje natural y procesables desde el punto de vista informático (García de Quesada et al. 2002: 59). Se parte de la base de que, dependiendo del concepto que se quiera definir, se opta por una forma u otra de construir la definición terminográfica. El proyecto GALEN tiene como objetivo desarrollar herramientas y métodos para la clasificación de procedimientos quirúrgicos. Se basa en un modelo semántico para la gestión de terminología clínica, el modelo CORE. Este modelo semántico es, igual que la ontología de *OntoTerm*<sup>TM</sup> (véase 2.4.2), independiente de cualquier lengua por lo que la información terminológica se puede facilitar en la lengua que se desee (Ceuters et al. 1997). Una de las ventajas de este sistema composicional, comparado con los sistemas numéricos, se encuentra en el hecho de que con muy pocos términos se pueden construir muchas más frases que en aquellos, que, además, son mucho más detalladas (García de Quesada et al. *ibid*: 64). Sin embargo, tal como resaltan García de Quesada et al. (*ibid*), este sistema cuenta todavía con muchos problemas tales como la redundancia, el sin sentido o la necesidad de una clasificación *post-hoc*.

El segundo sistema para el almacenamiento de información médica es el sistema léxico de clasificación UMLS (*Unified Medical Language System*)<sup>11</sup>, un proyecto de la *National Library of Medicine* (NLM). Este sistema permite, a través del análisis léxico de los términos, la activación de referencias cruzadas entre más de treinta vocabularios y clasificaciones (García de Quesada et al. *ibid*: 65). A pesar de que el UMLS no está diseñado para la consulta humana, sino que tiene como usuario al

---

<sup>10</sup> <http://www.cs.man.ac.uk/mig/projects/old/galen/>

<sup>11</sup> <http://www.nlm.nih.gov/research/umls/>

programador, queremos mencionar, de forma abreviada, sus ventajas e inconvenientes en relación con la estructura de la definición. Este sistema consta de un Metatesauro, un Lexicón Especializado y una Red Semántica. La Red Semántica permite, gracias a sus 132 tipos semánticos, la categorización de todos los conceptos representados en el Metatesauro. Los 53 enlaces entre los tipos semánticos configuran la estructura de la Red y constituyen las relaciones más importantes en el ámbito biomédico. Se observa que UMLS y *OntoTerm*<sup>TM</sup> tienen en común el hecho de que la relación principal es la de IS\_A, que las relaciones se heredan y que existen relaciones no jerárquicas complementarias (ibid: 68). Sin embargo, algunas relaciones de la Red Semántica de UMLS muestran una vaguedad que hace imposible el procesamiento de la información para una aplicación posterior. En *OntoTerm*<sup>TM</sup>, en cambio, las mismas relaciones son conceptos y, como tales, inmersos en la estructura jerárquica de la ontología.

García de Quesada et al. (ibid) también mencionan la clasificación del *Medical English SubHeadings* (MeSH), el vocabulario utilizado en la base de datos *Medline*<sup>TM12</sup> y editado mensualmente por la NLM. Hemos optado por no profundizar en la descripción de la estructura de dicho vocabulario, dado que, en primer lugar, el usuario de este servicio es el médico y no el público en general; en segundo lugar, la falta de una codificación de la estructura relacional no permite la reutilización del MeSH para otras aplicaciones afines; en tercer lugar, la estructura no se basa en definiciones, sino en explicaciones (ibid: 61-62).

Hemos podido observar que aún no existen, según nuestros conocimientos, propuestas para la estructuración de la definición que, en primer lugar, ofrezcan ventajas en comparación con *OntoTerm*<sup>TM</sup> y, en segundo lugar, prevean la inclusión de información pragmática en la misma. Por estas razones, propondremos, más adelante (véase 2.4.2 y cap. 6), una estructura jerárquica como modelo de una definición pragmática, por una parte, y un lenguaje controlado y económico para la misma, por otra.

---

<sup>12</sup> [http://www.nlm.nih.gov/databases/databases\\_medline.html](http://www.nlm.nih.gov/databases/databases_medline.html)

### 2.1.2. Término o palabra

Quizás deberíamos en primer lugar plantear la cuestión de cuándo es pertinente hablar de términos o unidades terminológicas y cuando de palabras o unidades léxicas especializadas. Cada una de las dos denominaciones nos lleva a una disciplina diferente, es decir, a la terminología y la lexicología respectivamente. Como hemos mencionado antes (véase 2.1), la terminología se ocupa del estudio de los conceptos, de su sistematización y representación. Esta representación se realiza a través de los *términos*, palabras que, según la terminología tradicional de Wüster, pertenecen exclusivamente a un campo de especialidad y no al léxico común. Sin embargo, aquellos lexemas que aparecen en varios sublenguajes, no pueden formar parte de la terminología de una determinada materia, según un enfoque tradicional formulado por Sager como sigue:

The items which are characterized by special reference within a discipline are the 'terms' of that discipline, and collectively they form its 'terminology'; those which function in general reference over a variety of sublanguages are simply called 'words', and their totality the 'vocabulary' (Sager 1990: 19).

Cuando, al contrario, queremos poner el énfasis en el hecho de que un término puede estar ubicado en más de un campo específico, por una parte, y que al mismo tiempo pertenece, de forma automática, a la lengua en su totalidad, que englobaría tanto al lenguaje común, como al de especialidad y, por tanto, se encuentra al alcance de todo tipo de usuario, nos vamos alejando del enfoque tradicional para acercarnos a una postura pragmática que parte del uso de un término. En este sentido, Pearson (1998) analiza la postura prescriptiva de la terminología defendida por los terminólogos tradicionales:

Traditional terminologists adopt a prescriptive stance. It is difficult to see what this approach can contribute to our understanding of specialized texts beyond allowing us to identify standardized terms when they are used. Even then, we have no means of ascertaining whether the term is actually being used to refer to the concept to which it was originally assigned. The approach simply does not take account of language in use. It isolated terms, protects them and makes no allowances for variants or for language change, making it difficult to use in a computational environment (Pearson 1998: 16).

La autora critica el hecho de que la terminología tradicional o Teoría General de Terminología basada en Wüster (1985) no tenga en cuenta el contexto de un término, el

discurso real en el que se use, los interlocutores, etc. Este mismo aislamiento le impide ver y reflejar los cambios continuos a los que está sometida toda lengua y, por consiguiente, también las de especialidad. Parece obvio que los lenguajes de especialidad se distinguen del lenguaje común (*Gesamtsprache*) (Hoffmann 1998) por la presencia en ellos de un cierto número de términos de distinta índole. Hoffmann (ibid: 193) clasifica los términos de un texto especializado (*Fachtext*) en tres tipos:

- (a) léxico general (*allgemeiner Wortschatz*)
- (b) términos no pertenecientes a una sola materia (*allgemeinwissenschaftlicher Wortschatz*)
- (c) términos específicos de una materia (*spezieller Fachwortschatz*)

Aunque esta clasificación refleje una de las características de los textos especializados, es decir, la de basarse tanto en vocabulario general como en especializado, en la práctica quizás no sean tan claros los límites entre cada uno de los tres grupos de unidades léxicas. Hoffmann admite que es prácticamente imposible saber qué palabras pertenecen realmente al lenguaje general y dónde exactamente se ubica cada lenguaje de especialidad (ibid 1985: 127 s.).

Más útil, como veremos más adelante, nos resulta la clasificación que nos ofrece la terminóloga Teresa Cabré (1999ab, 2000ab). La autora parte del conjunto de “las formas especializadas detectadas en el discurso especializado” (Cabré 2001a: 28), también llamadas *unidades de significación especializada* o *USE*.

Una unidad de significación especializada (USE) es una *unidad gramatical* (estructura formal configurada a partir de una gramática e incluida en ella que funciona unificadamente) de *significación especializada* (que posee un contenido específico, preciso y delimitado) en una *materia especializada* (cfr. Cabré 1999b).

Dentro de las USE están las *unidades terminológicas (UT)* o *términos* propiamente dichos que pueden ser nominales, verbales o adjetivales (Cabré 2001a). Las USE en tanto que unidades más amplias que los términos presentan distintas formas de combinaciones:

- o combinaciones terminológicas (unidades polilexemáticas)

- combinaciones fraseológicas
- unidades oracionales propias de un área específica (ibid: 34 s.)

Salta a la vista que las USE pertenecen a la lengua general en el sentido de conjunto léxico, sobre todo en sus combinaciones fraseológicas y oracionales. También las unidades terminológicas son unidades léxicas que adquieren su valor terminológico por el uso que se hace de ellos:

El valor terminológico o valor especializado de una unidad se activaría cuando las condiciones de un contexto de comunicación profesional así lo requirieran. Esta activación consistiría en la activación de un sentido integrado por una selección de rasgos semánticos precisos y correspondientes al sentido especializado de una unidad en un ámbito especializado determinado [...] La activación de un valor especializado estaría determinada por las condiciones pragmáticas de una situación (Cabré et al. 2001a: 306).

Cabré parte de la base de que la unidad terminológica es, en primer lugar y ante todo, una unidad léxica cuyo valor terminológico potencial es activado en una situación de comunicación especializada determinada. Desde este punto de vista, las unidades terminológicas se convierten en objeto de estudio de la lexicología y dejarían de ser campo de estudio exclusivo de los terminólogos.

En defensa de esta postura, podemos aducir que carece de toda lógica pretender que los lenguajes de especialidad sean considerados como fenómenos independientes del lenguaje común. Ambos se entrelazan, en mayor o menor medida, según los factores pragmáticos vigentes en el momento del acto de comunicación, lo que fundamenta la postura de que son parte de un conjunto más amplio, la - antes mencionada - lengua en sentido global (Cabré 1993).

También se comparte la idea de que los lenguajes de especialidad forman un subconjunto dentro de la lengua general. [...] podemos decir que textualmente la comunicación general y la especializada comparten un mismo territorio y utilizan las mismas reglas y procesos lingüísticos y textuales, y que lo único que las hace variar es la selección de unidades y la frecuencia con que cada recurso es actualizado en el discurso (Cabré 1999a: 87 s.).

Así afirma Sager (1993: 156) que los lenguajes especializados son sistemas semióticos complejos, semiautónomos, basados en el lenguaje general y derivados de éste. Wußler (1997) hace hincapié en el hecho de que la separación entre lenguaje común y lenguaje



de especialidad es artificial al fundamentarse únicamente en las definiciones creadas por la terminología tradicional, y que no se trata de una separación realmente objetiva:

Hierbei handelt es sich um eine definatorische Trennung, die von einem bestimmten Standpunkt aus – eben dem der vorgenannten Terminologielehre – vorgenommen wird. Dass es sich nicht um eine tatsächlich objektive Trennung handelt, zeigt ein Blick in die Realität, in der sich die Übergänge zwischen Fach- und Gemeinsprache als fließend erweisen. Die Interdependenz zwischen Fach- und Gemeinsprache scheint schon dadurch offenkundig, dass Fachsprache ohne Gemeinsprache nicht existieren kann – man denke hier nur an die zahlreichen gemeinsprachlichen Wortformen, denen in der Fachsprache ein neuer Begriffsinhalt zugeordnet wird – und dass Fachsprache in einer Welt, in der Wissenschaft und Technik zunehmend auch auf den Alltag einwirken, ihrerseits Einfluss auf die Gemeinsprache nimmt [...] (ibid: 127).

En cualquier caso, estas reflexiones presuponen implícitamente la existencia de diferencias entre una unidad terminológica y una unidad léxica, que han de buscarse obviamente en el tipo de discurso propio a la unidad en cuestión:

...en nuestra opinión, si los términos son unidades que poseen características comunes a las de las palabras (son unidades formales, semánticas y funcionales que se incluyen en el léxico del hablante de una lengua y forman parte de su competencia como profesional de un ámbito), y al mismo tiempo tienen aspectos que las hacen peculiares (su significación es de contornos precisos porque se ha delimitado explícitamente en el discurso profesional), una teoría del léxico debe incluirlos en su objeto (Cabré et al. 2001a: 305).

El término actualizado en un contexto concreto de un contorno preciso y especializado nos conduce a otro parámetro que permite distinguir mucho mejor entre término y palabra: el pragmático. Los aspectos pragmáticos ofrecen unos criterios de diferenciación útiles y adecuados, mediante el análisis de determinados parámetros como la situación comunicativa (véase 2.3.3 y Cabré 1993: 88), el emisor y receptor prototípicos, el tipo de texto y la temática de la que trata. En el caso de un término, la situación comunicativa suele enmarcarse en el ámbito profesional concreto, igual que el emisor y receptor, y el tema forma parte de una materia de especialidad. El siguiente esquema, basado en el de Cabré (1993: 222), nos permite ver con más claridad las ideas antes mencionadas:

LÉXICO COMÚN	TERMINOLOGÍA
<b>FUNCIÓN BÁSICA:</b> Conativa, emotiva, fática, etc.	<b>FUNCIÓN BÁSICA:</b> Referencial, expresiva, etc.
<b>TEMÁTICA:</b> General	<b>TEMÁTICA:</b> Específica
<b>USUARIO:</b> General	<b>USUARIO:</b> Especializado – semiespecializado – lego
<b>SITUACIÓN COMUNICATIVA:</b> - formalizada	<b>SITUACIÓN COMUNICATIVA:</b> + formalizada
<b>DISCURSO:</b> General	<b>DISCURSO:</b> Más o menos especializado

Tabla 2.1: Léxico común vs. terminología <sup>13</sup>.

Wright & Budin (1997: 328) ofrecen una lista de ocho características distintivas entre una entrada léxica y otra terminológica, que ayuda a distinguir entre un diccionario general y uno especializado o una base de datos terminológica. En la tabla se aprecia que el núcleo de una entrada léxica es la palabra y el de la entrada terminológica el concepto.

---

<sup>13</sup> En cuanto a este esquema, se trata de una división a nivel teórico que en la práctica muchas veces no se muestra de forma tan clara.

<b>ENTRADA LÉXICA</b>	<b>ENTRADA TERMINOLÓGICA</b>
trata una palabra	trata un concepto
trata sentidos polisémicos de una palabra	trata un concepto en cada entrada e indica los términos que lo representan
trata palabras homógrafas con derivaciones diferentes en entradas separadas	trata sentidos polisémicos de la misma palabra en entradas separadas
ofrece toda la información gramatical de una palabra	ofrece sólo diferencias gramaticales relacionadas con la asignación de un término a un concepto
la estructura es alfabética	a menudo se estructura de forma sistemática con referencias a una lista alfabética
describe o recomienda usos	informa con frecuencia sobre usos preferentes o recomendados
normalmente trata las palabras como un grupo universal sacado de la lengua general	trata términos pertenecientes a un lenguaje de una especialidad
incluye todas las partes del discurso (clases de palabras)	comprende sobre todo nombres, verbos y a veces adjetivos

Tabla 2.2: Entrada léxica vs. entrada terminológica (cfr. Wright & Budin *ibid*).

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la perspectiva desde la que se mira el término o unidad terminológica; según si se consideran desde la perspectiva de los lingüistas o la de los traductores tienen un significado diferente:

Para los lingüistas, las unidades terminológicas son unidades léxicas que forman parte del componente de una gramática. Estas unidades adquieren valor terminológico en su uso. Adquirir valor terminológico significa adquirir un significado especializado en un ámbito determinado de especialidad y unas restricciones de uso.

Para los traductores, la terminología es el conjunto de unidades que usan los especialistas en un ámbito y que aparecen en un texto de traducción. Su objetivo consiste en disponer en la lengua de traducción de unidades equivalentes que posean el mismo valor de uso (Cabré 1999b).

Estas dos perspectivas no son, en absoluto, ni incompatibles ni excluyentes; todo lo contrario: nos interesan los dos puntos de vista, pero no de forma aislada, sino interrelacionados. Partimos del valor terminológico que adquieren las unidades léxicas a través de su uso en un texto y una situación comunicativa concretos. El traductor necesita saber de este valor terminológico para poder comprender el mensaje del texto

original, en primer lugar, y construir un nuevo texto que contenga el mensaje adecuado para un receptor con unas características bien definidas.

En el marco de este trabajo no procede discutir las distintas posibilidades de clasificación de los términos: según su forma, función, significado o procedencia (Cabré 1993: 176). Tampoco abordaremos el tema de su formación, clasificada por Sager (1993: 188 ss.) según los recursos empleados: recursos formales, funcionales o semánticos. Nos interesa más bien la unidad terminológica en todas sus dimensiones, es decir, no sólo el lexema, sino también el sintagma o incluso la paráfrasis, en resumen, todas las combinaciones descritas por Cabré en las que pueden aparecer las USE, esto es, combinaciones terminológicas, fraseológicas<sup>14</sup> y unidades oracionales (Cabré 2001a: 34 s., 1999a). La autora propone una subdivisión de las USE entre lingüísticas y no lingüísticas y ofrece una lista de posibles tipos de unidades de significación especializada de acuerdo con dicha subclasificación:

Unidades no lingüísticas:

- por su composición: simples-complejas
- por las dimensiones que permiten representar: bidimensionales-tridimensionales
- por el sistema a que pertenecen: visuales, auditivas, táctiles, etc.

Unidades lingüísticas.

- Por su valor léxico: lexicalizadas-sintagmáticas (fraseológicas-colocacionales)
- Por su morfología: monoléxicas (simples, derivadas, compuestas)-pluriléxicas
- Por su función: nominales, verbales, adjetivales, adverbiales
- Por su contenido: concretas-abstractas; objetos, eventos, logros, estados, cualidades, relaciones, etc. (Cabré 1999b).

También Arntz y Picht (1989) resaltan la importancia de los términos sintagmáticos cuando dicen que no sólo los términos individuales, a saber los lexemas especializados, sino también estructuras complejas formadas por sustantivos, verbos, adjetivos y otros forman parte de la terminología y, por lo tanto, del sistema de conceptos de un campo específico del saber:

Deshalb hat sich mittlerweile die Ansicht durchgesetzt, dass nicht nur Substantive, sondern auch Verben (wie *ziehen*, *errichten*, *belasten*), Adjektive und andere Wortarten als Benennungen fungieren können [...]. Ein Begriff kann also - je nach Kontext und Stilebene - durch verschiedene Wortarten ausgedrückt werden [...] (Arntz & Picht 1989: 35).

---

<sup>14</sup> El tema de las estructuras fraseológicas sobrepasa, por su amplitud, el marco de nuestro estudio.

Dicha aclaración es muy importante en relación con el trabajo de terminología en general, ya que indica que el trabajo lingüístico necesario para la elaboración de las definiciones de los conceptos debe extenderse más allá del término en forma de un lexema para llegar a las construcciones sintagmáticas y unidades fraseológicas. Según estos autores (1989: 34), el contexto sintagmático ocupa un lugar primordial en el trabajo terminológico realizado por el traductor:

In der Textproduktion bereitet die Einbettung des Fachwortes in den Fachtext, d.h. die Wahl der korrekten Verben, Präpositionen usw., vielfach Schwierigkeiten. Damit Fachwörter ihre kommunikative Leistung erbringen können, sind solche zusätzlichen sprachlichen Elemente jedoch unerlässlich.

En este sentido Bühler (1997: 88) dice que en los trabajos terminológicos debe figurar - entre otros datos - un amplio contexto para facilitarle al traductor el trabajo de producción textual. En definitiva, se le atribuye cada vez más importancia al texto, en detrimento de la palabra, por lo que ya no se habla solamente de terminografía sino de textografía (ibid).

Aber auch Kollokationen, Fügungen, Kontexte, Definitionen, Standardsätze und sogar umfangreichere Textpassagen können in Terminologiedatenbanken verwaltet werden und werden deshalb zu den sprachlichen Einheiten gerechnet (Schmitz 1996: 198, aput Bühler 1997: 88).

Aunque este punto de vista no carezca de interés, sobre todo para el usuario de un banco terminológico si en él puede encontrar amplios contextos que le indiquen el uso de los diferentes términos, nos decantamos por otro camino investigador distinto al que defiende Bühler. Al contrario de este autor, nosotros sí le damos mucha importancia a la unidad léxica como portadora de elementos textuales, es decir, la relación que existe entre unidad léxica y texto, un tema poco estudiado hasta ahora (Jiménez Hurtado 1997a). En lugar de añadir amplios contextos que, en el caso de tratarse de varios tipos de texto, sobrepasarían el marco de nuestra base de datos, consideramos más útil para el usuario prototípico de la misma, esto es, el paciente y el traductor no experto, ofrecerle el tipo de definición pragmática que propondremos más adelante (apartado 2.4.2 y cap. 6).

## 2.2. De la TGT a la TCT

Cada vez son más los estudiosos de esta disciplina, la terminología, que buscan vías más acordes con la realidad reflejada por el uso de los lenguajes especializados en la comunicación especializada entre expertos y todo tipo de receptor, desde el lego hasta el especialista. De los principios que debían regir todo trabajo terminológico trata la famosa obra de Wüster *Einführung in die Terminologielehre und Terminologische Lexikographie* de 1979 en la que se presentan los logros teóricos más importantes del autor, plasmados en su Teoría General de la Terminología (TGT). Creemos que se puede afirmar que hoy en día nadie cuestiona la importancia que tuvo Wüster y la escuela de Viena fundada por él, en relación con

- el desarrollo de la terminología en general y como disciplina autónoma en particular,
- la división del término en dos unidades, a saber, el concepto y la denominación,
- la normalización tanto de los conceptos como de las denominaciones,
- el método onomasiológico por el que el terminólogo parte del concepto para llegar a la denominación,
- que los conceptos mantengan relaciones entre ellos y formen una estructura conceptual.

Sin embargo hay quienes critican puntos concretos de la TGT por su falta de adecuación al trabajo real del terminólogo. Parece necesario el abandono de ideas demasiado restringidas e idealistas y, por tanto, irreales a favor de una renovación de la disciplina que la convierta en una herramienta a la vez útil y actual. De entre los críticos, destaca la especialista en terminología Cabré que, con sus numerosas publicaciones (especialmente 1999a), ha conseguido ofrecer un núcleo o embrión de teoría nueva, la llamada Teoría Comunicativa de la Terminología (TCT), en la que se replantean las premisas desfasadas de la TGT y donde se refleja el cambio en las necesidades de los terminólogos, traductores, redactores técnicos en general, etc. Cabré resalta las insuficiencias de la TGT, basada en los trabajos de Wüster, especialmente, como hemos dicho antes, en su obra del 1979 y desarrollada por miembros de la escuela de Viena

entre los que destacan nombres tan célebres como Picht, Budin, Oeser y Schmitz (Cabré *ibid*: 125). Esta autora critica la TGT, sobre todo, por su afán de normalización y uniformización de las denominaciones, posición que impide contemplar la dimensión comunicativa de los términos. En la línea de otros críticos a los principios de la TGT, que ven la necesidad de explicar y describir globalmente la comunicación especializada, su terminología y las variedades terminológicas (Sager 1993, Gambier 1993, Boulanger 1995, Wußler 1997, etc.), Cabré hace hincapié en que los términos, en contra de lo que decía la TGT, sí tienen valores pragmáticos y presentan variación semántica porque no existe únicamente un ámbito de comunicación, el formal profesional, sino un abanico de niveles o variedades de lenguaje especializado. Parece obvio que la terminología no sólo puede dedicarse a la normalización de las denominaciones, sino que ha de

dar cuenta de cómo los términos forman parte o pasan a ser parte de la competencia de los hablantes a medida que van adquiriendo conocimientos especializados y se convierten en especialistas (Cabré 1999a: 113).

Cabré (*ibid*) resalta que las críticas hacia la TGT se centran principalmente en tres características de la terminología que emanan de su condición interdisciplinar: en ella confluyen

1. rasgos cognitivos ya que transmite conocimiento,
2. rasgos lingüísticos, dado que no se puede considerar una especie de compartimento estanco, sino que forma parte del lenguaje general,
3. rasgos sociales, porque la comunicación especializada es una actividad social realizada en situaciones muy variadas entre especialistas y diferentes tipos de receptores.

Partiendo de estos tres factores, llegamos a la formulación concreta de las siguientes críticas más importantes de estos postulados a la TGT (*ibid*: 117):

- (a) el conocimiento especializado, en contra de lo que afirma la TGT, no es universalmente uniforme y no muestra una separación nítida del conocimiento general,
- (b) dado que el conocimiento no es universalmente uniforme, no puede ser válida la suposición de que haya sólo una forma de estructurar los conceptos de una materia especializada,

- (c) los lenguajes especializados forman parte del lenguaje general y, por tanto, se rigen por las mismas reglas lingüísticas,
- (d) igual que la unidad léxica general, la especializada no es un ente aislado, sino que generalmente se encuentra en un texto, rodeada por otros lexemas, de ahí la importancia de la fraseología, las colocaciones, etc.<sup>15</sup>
- (e) en contra de lo que afirma la TGT, los términos no son siempre monosémicos, por lo que un mismo concepto puede ser representado por varios términos, es decir, en la terminología existen la polisemia y la sinonimia (Freixa 2001, Márquez Linares 2000, Tercedor Sánchez 1999).

En definitiva, se observa claramente que las finalidades y tareas hacia las que la TGT estaba enfocada, es decir, sobre todo la normalización conceptual y denominativa de los términos son, a todas luces, insuficientes. Hay que dirigir la atención hacia nuevas vías de investigación en torno a la complejidad de las unidades terminológicas en la comunicación especializada (Cabré 1999a: 69).

Los términos no tienen para la TGT valores pragmáticos ni presentan variación semántica porque son considerados sólo dentro de un registro, el formal profesional. [...] todos los supuestos de la teoría de Wüster se sustentan en dos principios o propósitos: la idealización de la realidad, el conocimiento y la comunicación; y la limitación de la materia a la normalización (Cabré 1999a: 112 s.).

### **2.2.1. Estado actual de la TCT**

Como hemos mencionado en el apartado anterior, Cabré resalta el carácter interdisciplinario de la terminología: en ella confluyen aspectos cognitivos, lingüísticos y sociales (Cabré 1999a: 113, Sager 1993). Según sus descripciones (Cabré *ibid*: 120, 178), la TCT se define como campo interdisciplinar en el que confluyen tres teorías. El siguiente esquema muestra la terminología en relación con su entorno teórico (según Cabré 1999a: 120 y 122):

---

<sup>15</sup> Para una información más detallada, consúltese sobre fraseología Tercedor Sánchez 1999 y cohesión textual López Rodríguez 2000.



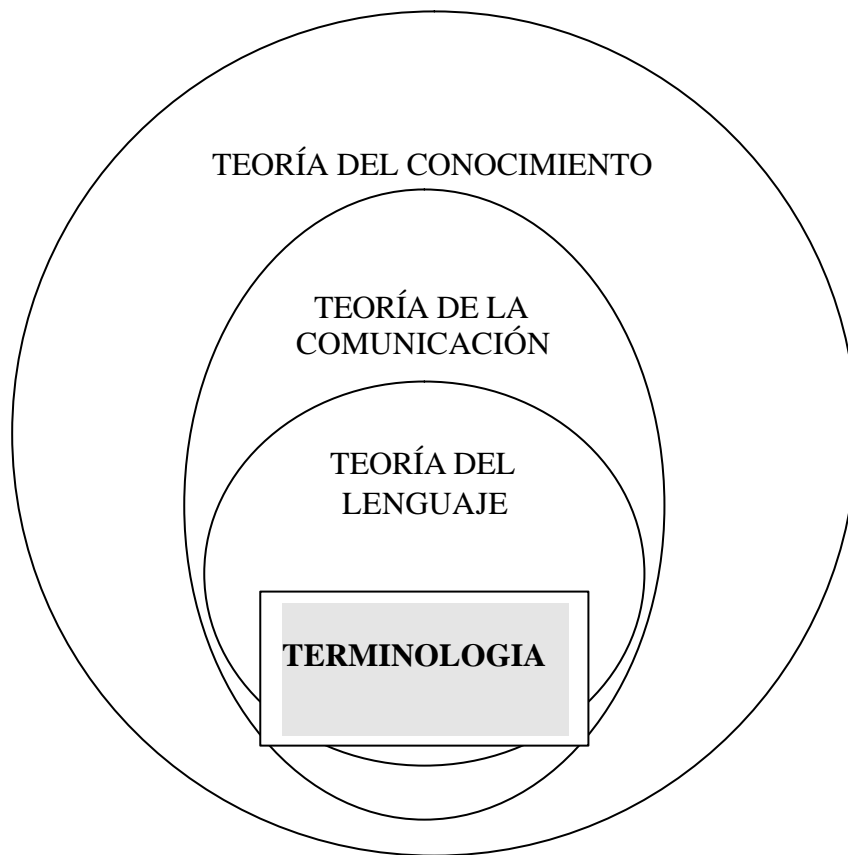


Figura 2.4: La terminología como campo interdisciplinar.

Se aprecian así fácilmente los pilares teóricos, en los que se basa la terminología según esta nueva teoría de la terminología:

1. La teoría del conocimiento (o ciencias cognitivas)
2. La teoría o ciencias de la comunicación
3. La teoría o ciencias del lenguaje

Veamos brevemente la relación que tiene la terminología con estas tres teorías. Comenzaremos por la teoría del conocimiento que, según la figura 2.4 y las descripciones de Cabré (ibid), aparece como la teoría más lejana a la terminología. De todas maneras, pensamos que una clasificación de las tres teorías según su cercanía o lejanía respecto a la terminología carece de relevancia ya que dicho campo interdisciplinar no existiría sin estas teorías cumpliendo cada una un papel fundamental.

1. La TEORÍA DEL CONOCIMIENTO trata de las formas simbólicas para la representación del conocimiento y la conceptualización del mismo. En el marco de la terminología, se refiere al conocimiento especializado que no es uniforme, ni en las distintas culturas, ni en la mente de cada hablante. El conocimiento especializado se entrelaza con el conocimiento general, tanto en cada cultura como en nuestra mente. Dicha diversificación lleva a la afirmación de que no se puede hablar de estructuras únicas de conocimiento, sino que la misma diferencia cultural<sup>16</sup> implica la posibilidad de ver y estructurar una materia determinada desde distintas perspectivas.

Cada ámbito puede ser estructurado desde diferentes perspectivas y en diferentes concepciones, así como cada objeto temático puede ser abordado desde ámbitos y perspectivas distintos (Cabré 1999a: 124).

Podríamos afirmar que esta misma diversidad en las perspectivas en cuanto al conocimiento se halla en el hablante / emisor y receptor, ya que forman parte de una cultura concreta, la interiorizan y la transmiten. Esto quiere decir que la representación del conocimiento, esto es, las unidades de conocimiento o de significación especializada, están indisolublemente ligadas a esta cultura específica que determina una visión del mundo (ibid: 96). De ahí surge precisamente la variación conceptual.

2. La TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN tiene como objetivo reflejar la forma en la que los hablantes expresan y transfieren sus pensamientos, conocimientos, etc., en definitiva, dar cuenta del conjunto de los factores que componen un acto de comunicación (emisor, receptor, tipo textual, grado de especialización, situación comunicativa, etc.). También ha de dar explicaciones respecto de las “características, posibilidades y límites de los diferentes sistemas de expresión de un concepto y de sus unidades” (ibid: 123).
3. La TEORÍA DEL LENGUAJE se ocupa de conectar el campo de la terminología, en concreto, el lenguaje especializado, con el lenguaje natural, dando cuenta de que las

---

<sup>16</sup> Por “diferencia cultural” entendemos tanto la cultura intralingüística como la interlingüística.

unidades terminológicas muestran las características comunes al conjunto de las unidades léxicas, esto es, se rigen por las mismas reglas lingüísticas y textuales. Le corresponde a la teoría del lenguaje explicar que, en efecto, hay un aspecto en el que la comunicación especializada se distingue de la general, es decir, en su finalidad de comunicar información de contenido más o menos especializado, por lo que recurre al uso de unidades de significación especializada. No obstante, desde el punto de vista metodológico y de un metalenguaje, la descripción es la misma.

El principio de la terminología como materia interdisciplinar y no autónoma se refleja ante todo en las unidades terminológicas mismas que son de carácter tridimensional o se conciben como unidades poliédricas por el hecho de que pueden ser estudiadas desde tres perspectivas distintas: la *cognitiva*, la *lingüística* y la *comunicativa* o social, integradas en la teoría del lenguaje. Para ser completo, todo estudio de las unidades terminológicas es preciso que se emprenda desde estas tres perspectivas. De hecho, la autora destaca que dichas dimensiones tienen que formar parte de una teoría lingüística no reductiva que contemple la competencia y la actuación de los hablantes precisamente en esas facetas (ibid: 119).

Estas reflexiones no se limitan solamente al estudio de las unidades terminológicas, sino que son extrapolables al análisis y la definición de los lenguajes especializados, es decir, se tendrán que tener en cuenta los mismos tres factores:

1. Desde la perspectiva cognitiva, según Cabré (1999: 190) se habla de lenguaje o tema especializado cuando éste “vehicula un conocimiento que ha sido conceptualizado especializadamente”, es decir, cuando el conocimiento, objeto del acto de comunicación, esté compuesto por conceptos ubicados en una estructura conceptual, “preestablecida a partir de un cierto consenso científico”. La autora asimismo resalta que el factor que determina si, en una situación comunicativa concreta, un texto puede ser considerado especializado o general, no es el contenido o tema del mismo, sino la forma en la que ha sido conceptualizado, “su modo de significación”.
2. Desde la perspectiva lingüística o gramatical, el análisis se desarrollaría en dos niveles, que son el léxico y el textual. El discurso especializado está

caracterizado por el uso de unidades terminológicas cuyo grado de opacidad, densidad y precisión aumenta conforme sube el nivel de especialización. La comunicación especializada también puede presentar distintos grados de variación expresiva y de apertura estructural. En un nivel textual, en el discurso especializado, las estructuras sintácticas tienen un uso más restrictivo y la información se presenta de forma más sistemática.

3. Desde la perspectiva comunicativa o pragmático-discursiva (ibid: 190s.), se analizan los elementos comunicativos que intervienen, tanto en el proceso de producción discursiva, como en el de la recepción. Mientras el emisor suele ser un experto en la materia, en el caso del receptor cabe un abanico de posibilidades: desde experto, pasando por estudiante de cualquier curso de una carrera universitaria, alumno de diferentes niveles hasta el no experto absoluto, entre otros. Por consiguiente, habría, como mínimo, tres tipos de discursos: el especializado, el didáctico y el divulgativo. En el caso de que las barreras lingüísticas o la necesidad de adaptar el texto a un determinado tipo de receptor no permitan una comunicación directa entre emisor y receptor, el mensaje se transmite a través de traductores, intérpretes o periodistas especializados.

La TCT no se caracteriza solamente por el hecho de ser una teoría interdisciplinar (con una dimensión cognitiva, lingüística y social). A continuación, resumiremos los rasgos más relevantes, incluido su carácter interdisciplinar que hemos descrito antes, que destacan en la teoría propuesta por Cabré (1999a: 122ss., 131ss., etc.):

- La terminología es un campo interdisciplinar (en ella confluyen la teoría del conocimiento, de la comunicación y la del lenguaje).
- La terminología estudia las unidades terminológicas que – como unidades léxicas - forman parte del lenguaje natural y se rigen según las reglas gramaticales de la lengua en cuestión. El carácter terminológico de estas unidades lo activa únicamente su uso en un discurso de especialidad concreto. En esta situación comunicativa se activan, por una parte, rasgos

morfosintácticos generales de la unidad terminológica y, por otra parte, rasgos semánticos y pragmáticos específicos de la misma.

- El término es una unidad léxica y consiste, como ésta, en una forma y un contenido. Ni existe el concepto por sí sólo en una lengua determinada, ni la denominación sin su contenido. Mientras la forma o denominación no cambia, el contenido varía en relación con el tipo de texto, el emisor, el receptor, la situación comunicativa, etc.
- Un término puede ser una unidad lingüística de contenido especializado o, si pertenece a otros sistemas simbólicos, una unidad no lingüística de contenido especializado.
- Entre los conceptos de un mismo campo existen relaciones de diferente tipo. El conjunto de estas relaciones forma la llamada estructura conceptual de un ámbito.
- Una materia puede ser estructurada de diferentes formas según la perspectiva de la que se parte. Además, los campos de especialidad no son estáticos, pues cambian con el tiempo y se abren hacia nuevos espacios, nacen nuevos ámbitos, hay cada vez más campos interdisciplinarios, etc. razón por la que no existe una sola estructuración conceptual posible de un campo determinado. Ya que un mismo tema puede ser estudiado desde distintos puntos de vista y campos, un concepto puede pertenecer a distintas materias. Los conceptos, pues, ya no pueden ser considerados uniformes; la terminología tiene que dar cuenta de la variación conceptual.
- Una unidad terminológica representa un nudo de conocimiento o conceptual de un ámbito de especialidad o, lo que es lo mismo, no existen términos “en abstracto”. El valor de un término depende del lugar que ocupa en la estructura conceptual de un ámbito. Un término siempre pertenece a un campo de especialidad concreto. En otro ámbito no se trataría del mismo término ya que figuraría con otro valor conceptual.

- La terminología como disciplina tiene como objetivo el de describir las unidades terminológicas en todas sus facetas, explicar cómo se activa su valor terminológico, describir las relaciones entre los términos del mismo sistema conceptual o de distintos sistemas. El trabajo terminológico consiste en la recopilación de unidades terminológicas usadas en el discurso especializado real de una situación comunicativa concreta. Partiendo de esta situación, se establecen las características de una unidad terminológica.
- La recopilación y el análisis de las unidades de valor terminológico tiene una serie de aplicaciones en las que resalta la doble función de los términos: la representación del conocimiento especializado y su transferencia. Los términos recopilados se usan en la comunicación especializada, caracterizada tanto por factores lingüísticos (semánticos, léxicos y textuales) como factores pragmáticos (emisores, mediadores, destinatarios, situaciones). El discurso especializado “admite niveles de especialización diferentes, grados de opacidad cognitiva variados, índices diversos de densidad cognitiva y terminológica y propósitos distintos” (Cabré 1999a: 133).
- La comunicación especializada se puede dar a distintos niveles de especialización y para fines muy diversos: el grado de variación denominativa o sinonimia sube con el grado de especialización.

De entre el conjunto de los fundamentos en los que se basa la TCT es sobre todo el carácter poliédrico de la unidad terminológica lo que nos llama la atención; en especial, la dimensión pragmática o social, ya que es ésta el aspecto más importante de nuestro estudio.

Desde una perspectiva social, los términos son unidades que por el hecho de formar parte de las lenguas participan de la multidimensionalidad del lenguaje. Y, en consecuencia, además de su valor denominativo, las unidades terminológicas cumplen muchas otras funciones lingüísticas, y también culturales, sociales, económicas y

políticas. Los términos además de denominar los objetos sirven para expresar las diferencias conceptuales ligadas a la cultura de una comunidad, grupo social [...] (Cabré 1999a: 147 s.).

Las características pragmáticas del discurso, un aspecto de la unidad léxica especializada muy importante, aunque ausente en la TGT y destacado en el centro de la teoría desarrollada por Cabré, implica la variación denominativa inherente al discurso y a la comunicación, tanto general como especializado (Cabré 1999a: 96).

### **2.2.2. Perspectivas generales de la TCT**

Antes de comenzar a desarrollar nuestro punto de vista respecto a la TCT quisiéramos mostrar, de forma resumida, las diferentes perspectivas hacia las que consideramos apunta dicha teoría y que hemos descrito en el apartado anterior.

Nos parece justificado, por lo que hemos explicado en apartados anteriores, afirmar que la autora de la TCT ha logrado “revolucionar”, de alguna manera, el panorama actual de la terminología como disciplina. Ha conseguido lanzar un conjunto de ideas que, según nuestra opinión, ofrecen la base para innumerables estudios e investigaciones en el marco de una teoría innovadora (Estopà 2001, Faulstich 2000, Feliu 2001, Gallardo 2000, Lorente 2001, Temmermann 2000ab y 2001, Tercedor Sánchez & Méndez Cendón 2000, entre otros).

En Cabré (2000a) se encuentra un capítulo llamado “Basic principles and conditions” (ibid: 49ss. y Cabré & Feliu 2001) en el que la autora refleja los principios y condiciones que deberían formar la base de una nueva teoría de la terminología. En relación con una profundización y ampliación de estos esbozos teóricos, necesarias con vistas al avance y evolución de la terminología como disciplina, por una parte, y en relación con posibles investigaciones que pudieran ser de interés, tanto para los usuarios como los teóricos de la terminología en sus diferentes facetas, nos atrevemos a comentar brevemente dichos principios y condiciones ofrecidos por Cabré y resaltar los que, según nuestra opinión, más se presten a dicha tarea. También haremos referencia a otros estudios que podrían ser de relevancia en relación con las cuestiones aquí tratadas. Para tal fin, vamos a seguir el orden elegido por Cabré:

a) El principio de la naturaleza poliédrica de los términos (ibid y 1999a). Nos parece justificado el hecho que se nombre este principio en primer lugar ya que constituye, según nuestra opinión, el más importante de todos. En el apartado anterior, hemos podido apreciar el carácter interdisciplinar de la terminología, es decir, que se basa en tres ciencias gracias a las cuales los términos adquieren dicho carácter tripartito que consiste en una dimensión lingüística, una cognitiva y una social. Es innecesario resaltar el sinfín de posibilidades de estudio que ofrece este punto de la TCT, incluyendo nuestra modesta aportación a la investigación en relación con las diferentes facetas de la unidad léxica dónde este principio es de suma relevancia (Seibel 2000). La propia Cabré menciona que se puede estudiar un solo aspecto del término o llevar una investigación integradora uniendo los tres. En este contexto quisiéramos también mencionar las descripciones referentes a la terminología realizadas por Sager (1990, 1993) que apuntan a este carácter poliédrico de la unidad terminológica. El autor habla igualmente de estas tres dimensiones:

- a cognitive one which relates the linguistic forms to their conceptual content, e. i. the referents in the real world;
- a linguistic one which examines the existing and potential forms of the representation of terminologies;
- a communicative one which looks at the use of terminologies and has to justify the human activity of terminology compilation and processing (Sager 1990: 13).

Con sus estudios ofrecen tanto Sager como Cabré una base sólida para profundizar en dicho aspecto de los términos, esto es, su carácter poliédrico. Quisiéramos subrayar que, aunque Sager les dedique al tema de las tres dimensiones más de la mitad de su obra *A Practical Course in Terminology Processing*, apenas aborda factores socioculturales como, por ejemplo, la problemática de las necesidades del usuario lego en relación con el uso de la definición de un término. Según el autor, en el marco de la definición terminológica y la intensional (véase 2.2.2) no cabe la inclusión de información pragmática para el no especialista. Únicamente la definición enciclopédica se presta para satisfacer las demandas del no experto:

The non-specialist needs an explanation in the form of an encyclopaedic definition as he would not benefit from any other type [of definition] (ibid: 49).



En contra de esta opinión, es decir, que en una definición terminológica, aparte de colocar el término en la estructura conceptual de un campo dado, no quepa la inclusión de información pragmática, creemos que sí que es factible un modelo de definición que sea a la vez terminológico y pragmático.

- b) El carácter comunicativo de la terminología. La autora distingue entre el uso inmediato de la terminología y su uso eventual. El uso inmediato, a su vez, está dividido en el uso directo como, por ejemplo, en la comunicación entre expertos, y el uso indirecto, es decir, que utiliza la mediación de traductores, intérpretes o periodistas técnicos. La otra aplicación consiste en la función normalizadora de la terminología. Mediante la elección y adjudicación de los términos, se sitúan los conceptos de un campo especializado y se consigue la representación del conocimiento del mismo. La importancia del carácter comunicativo de la terminología también ha sido resaltada por Sager (1990, 1993), Gambier (1993), Wußler (1997) y los representantes de la socioterminología en general. Wußler (ibid: 121), por ejemplo, destaca la influencia de factores comunicativos, situacionales y culturales en una situación de comunicación real. Sager (1990: 99 ss., 1993: 149 ss.) presenta un modelo de comunicación complejo en cuyo centro se encuentra el mensaje compuesto por la totalidad de la intención, expectativas asumidas, contenido del conocimiento y lenguajes seleccionados por el emisor.

Respecto a este principio, podría ser de interés, sobre todo para los distintos grupos de usuarios, describir los ámbitos reales donde se desarrollan tanto la comunicación directa como la indirecta, los factores que caracterizan cada una de las posibles situaciones comunicativas, los participantes en la comunicación, los distintos niveles de especialización en los campos más diversos etc. También nos parece importante describir en qué medida cambian los factores comunicativos de acuerdo con los diferentes tipos de discurso especializado.

- c) El siguiente principio mencionado por Cabré (2000a: 49) es el de la variación. Ésta se manifiesta de dos maneras:
- o la existencia de varias formas léxicas para denominar un mismo concepto o sinonimia, y

o una única denominación para diferentes conceptos o polisemia.

La autora afirma que toda comunicación conlleva variación. Por lo tanto, supone un aspecto fundamental en cualquier tipo de discurso especializado, que no podrá faltar en los estudios e investigaciones que se desarrollan en el campo de la terminología. De hecho, ya existen estudios valiosos al respecto (Daille et al. 1996, Faulstich 2000, Freixa 2001, Gallardo 2000, Tercedor Sánchez 1999, Tercedor Sánchez & Méndez Cendón 2000, entre otros). Habría que resaltar, otra vez, a Wußler (1997) y a los representantes de la socioterminología (p. ej. Boulanger 1995, Gambier 1993 y Gaudin 1993ab), que rechazan categóricamente la biunivocidad postulada por la TGT que consistía en la denominación única para cada concepto, por una parte, y en la monosemia, por otra parte.

Le postulat de biunivocité est intenable, [...] Il stabilise, selon une obsession fétichiste, les rapports signifié-signifiant de chaque signe; il fige les rapports entre les notions (négation même du mouvement des connaissances). Ce formalisme a des allures de fascisme linguistique: le contrôle des sens et des dénominations élargue toute tension sur le marché des sens, des langues (Gambier 1993:164).

Ambas facetas de la variación mencionadas por Cabré dependen del tipo textual y, en definitiva, de la situación comunicativa concreta, los parámetros donde deberían situarse sobre todo los futuros estudios. La autora resalta que el mayor grado de variación coincide con un grado mínimo de especialización del discurso, como por ejemplo en el caso de la comunicación divulgativa, y el menor grado de variación se da en la terminología normalizada. Hacia este tipo de variación, esto es, la denominativa, apunta Adamzik (1998) en su artículo “Fachsprachen als Varietäten”, un estudio sobre las variedades en las lenguas de especialidad, cuando hace hincapié en la necesidad de emprender investigaciones en dicho ámbito. El autor propone trabajar con un corpus de textos de diferente grado de especialización (ibid: 188). En definitiva, hoy en día la sinonimia se puede considerar, según nuestra opinión y la de muchos terminólogos, como una realidad en terminología que cobra cada vez más importancia:

En terminologie, l’homonymie généralisée – l’homonymie comme principe directeur rédactionnel – est un mythe réducteur, une absurdité [...] C’est encore la dimension volontairement et arbitrairement ramenée à la synchronie accréditant

la norme dans les terminologies qui est à la source de la fracture artificielle entre l'homonymie et la polysémie (Boulanger 1995: 200).

- d) Los lenguajes especializados forman parte del lenguaje natural. Cabré (2000a: 50) enumera una serie de perspectivas desde las que se pueden interpretar los términos, que son la lingüística, las materias de especialidad, la traducción, interpretación y redacción técnica y, por último, el aspecto sociolingüístico de la planificación lingüística. Todas estas disciplinas consideran que las unidades terminológicas son unidades de carácter tripartito – lingüístico, cognitivo y social – que pertenecen al lenguaje natural. La terminología, pues, se rige por la gramática del mismo lenguaje natural, es decir, funciona según sus reglas morfológicas, sintácticas y semánticas. Fluck (1997) destaca, en este contexto, que los lenguajes especializados comparten con el lenguaje general parte de los medios léxicos, sintácticos y textuales:

Solche unterschiedlichen Gebrauchsweisen [von Fachsprache und Gemeinsprache] gegeneinander abzugrenzen ist äußerst schwierig, da zum Teil gemeinsame lexikalische, syntaktische und textuelle Mittel verwendet werden [...] (Fluck 1997: 19).

La univocidad de la terminología defendida por Wüster, en cambio, desplazaría, según Gambier, a los lenguajes de especialidad; éstos perderían su condición de lenguaje natural y se convertirían en lenguaje artificial:

Une terminologie établie qui serait entièrement univoque basculerait de la langue “naturelle” à un code formel, d'un ordre social avec ses contradictions à un ordre utopique, policé – rejoignant ainsi le mythe des langues “universelles”, les fantasmes des langues formelles “internationales” [...] (Gambier 1993: 169).

Esta naturaleza de las unidades terminológicas, i. e. su condición de lenguaje natural, abre un abanico de estudios posibles, como por ejemplo la medida en que se diferencian las estructuras sintácticas de un discurso altamente especializado de uno divulgativo, qué tipo de estructuras metafóricas predominan en qué tipo de discurso, la cohesión en los distintos niveles del discurso especializado (López Rodríguez 2000), entre otros aspectos de interés.

- e) La condición de comunicación especializada, que lleva a una serie de parámetros que caracterizan el lenguaje especializado como subconjunto de la comunicación

general. Dichos parámetros distintivos consisten en la selección de un tema en un campo determinado, de las respectivas unidades terminológicas, un registro formal, una situación de comunicación profesional, una determinada organización discursiva, etc.

En vez de hablar de *subconjunto*, Hoffmann (1998) clasifica los lenguajes especializados en *sublenguajes* del lenguaje general, que se distinguen de éste en cuanto al léxico, es decir, por el uso de términos, el uso preferido de ciertas categorías gramaticales, estructuras sintácticas y textuales, también en las formas léxicas y los signos gráficos (ibid: 191). Sager (1993: 157) explica que los lenguajes especializados se distinguen del lenguaje general ya que

- (a) están constituidos por tipos de textos especiales,
- (b) tienen una sintaxis especial y
- (c) utilizan términos además de palabras.

Los parámetros mediante los que se diferencian los textos especializados de los generales, se sitúan, según Cabré (2000a: 51s.), en tres niveles: el textual, el léxico y el pragmático. Esta postura se acerca bastante a Hoffmann (ibid: 191 s.) cuando analiza una serie de autores en relación con los sublenguajes y menciona los factores principales comunes a dichos autores. Se trata de tres componentes, concretamente, el pragmático, el semántico y el sintáctico, siendo el pragmático el que determina los dos restantes, por lo que el autor llega a la conclusión de que el uso de elementos y configuraciones lingüísticos depende de las necesidades de cada acto de comunicación especializada:

Folglich wird die Verwendung sprachlicher Elemente und Konfigurationen aus den Bedürfnissen der Fachkommunikation erklärt (ibid: 192).

Asimismo, consideramos fundamental que se abran muchos caminos para estudiar los aspectos que caracterizan la comunicación especializada, distinguiéndola así de la comunicación general. Entre todos estos aspectos, nos llaman especialmente la atención

- el que se refiere a la elección de las unidades léxicas y
- el de la situación comunicativa profesional

por tratarse de criterios pragmáticos que se acercan al tema de nuestro estudio.

- f) El carácter especializado es imprescindible para que el discurso pueda ser considerado de especialidad. Esta condición del lenguaje especializado nos remite a los diferentes niveles de especialización que, a su vez, se traducen en una mayor o menor presencia terminológica en el discurso. Un bajo grado de especialización conlleva, pues, no solamente una baja densidad terminológica, sino también un aumento en la variación denominativa y conceptual, el uso de paráfrasis, la ambigüedad, etc. Según la autora, el carácter especializado de un texto no se lo atribuye la temática en sí, sino si el conocimiento, es decir, los conceptos, se transmite desde la perspectiva de la materia y del experto.

Este principio nos remite a otros autores destacados como por ejemplo Fluck (1997, 1998) y Hoffmann (1985, 1998). Este último revolucionó, conjuntamente con von Hahn (1983), los estudios de los lenguajes de especialidad ya desde los años setenta con su clasificación de dichos lenguajes en niveles horizontales y verticales. Hoffmann (1985, 1998: 191) enumera cuatro criterios importantes para la clasificación vertical:

- 1) el nivel de abstracción (*Abstraktionsstufe*)
- 2) la forma lingüística (*äußere Sprachform*)
- 3) el ámbito de comunicación (*Umgebung*)
- 4) los participantes en la comunicación (*Kommunikationsteilnehmer*) etc.

Respecto al “carácter especializado” del discurso, llama la atención la relativamente poca diferencia con el punto anterior (e), esto es, la “condición de comunicación especializada”. Creemos que quizá se evite una posible confusión por la cercanía y hasta solapamiento de ambos aspectos si se integraran en un solo punto. De todas formas, el único parámetro que habría que añadirle a los que menciona la autora como inherentes a la comunicación especializada (elección de un campo del saber, unidades terminológicas, registro formal, situación de comunicación profesional, una determinada organización discursiva, etc.) es el de los grados de especialización. La fusión de las dos últimas características (e) y (f) parece, según

nuestra opinión, justificada ya que toda comunicación especializada presenta de por sí un determinado grado o nivel de especialización que, a su vez, influye en los demás aspectos.

Hemos intentado ofrecer un panorama resumido de las perspectivas presentes en la Teoría Comunicativa de la Terminología, destacando los elementos fundamentales para reflejar dicha teoría y los más interesantes en cuanto a investigaciones futuras. En el marco del presente estudio, nos llaman especialmente la atención los puntos b) “el principio sobre la variación”, c) “la condición de lenguaje natural” que incluye el carácter tripartito de la unidad terminológica, y e) “la condición de especialización”.

En este contexto, también nos parece necesario hacer hincapié en la importancia de la lexicografía especializada en relación con la elaboración de diccionarios especializados y, más concretamente en el marco de dicha labor, en relación con la estructuración de cada definición. Quizá se hubiera avanzado más rápidamente en este campo si terminólogos y lexicógrafos hubieran unido sus esfuerzos y resultados en lugar de trabajar en departamentos estancos. Los lexicólogos alemanes y daneses como por ejemplo Bergenholtz (1994), Dressler (1994), Haensch (1992, 1997), Maidahl Christiansen et al. (1994), Mentrup (1988), Schaeder (1994), Tarp (1994) y Wiegand (1992, 1994) ponen el acento en los aspectos pragmáticos de la lexicografía, una faceta de suma importancia en el estudio del léxico especializado, como veremos más en adelante. Mentrup (1988), por ejemplo, propone una serie de principios para la elaboración de diccionarios monolingües, entre los que figuran el principio que todo trabajo lexicográfico es un acto comunicativo donde participan usuario y lexicógrafo así como en las diferentes funciones codificadas en el lenguaje. Este autor aplica sus descubrimientos a la creación de un diccionario especializado en medicina. Por su parte, Tarp (1994) destaca que la base para todo diccionario se encuentra en sus funciones y, cuando la lexicografía teórica analiza estas funciones, coloca al usuario del diccionario en el centro de sus estudios:

Wenn die theoretische Lexikographie die Frage nach Funktionen stellt, wird der Wörterbuchbenutzer ins Zentrum gestellt. Funktionen repräsentieren die Verbindung zwischen den verschiedenen Arten von Bedürfnissen, die beim Benutzer in bestimmten Situationen entstehen, und den Informationen, die die Wörterbücher geben, um diese Bedürfnisse zu erfüllen (Tarp 1994: 229).

En el último apartado de este capítulo (2.4), explicaremos con más detalle nuestro interés por la TCT, su ampliación y aplicación a estudios de corpus. Concretamente ofreceremos una serie de postulados metodológicos en los que se reflejan las posibles formas de estudiar la codificación de la información pragmática en las unidades terminológicas. En realidad, se trata de una particularización de los postulados generales expuestos.

Vamos a intentar avanzar

- (a) en una descripción detallada de las tres dimensiones que conforman la unidad léxica, es decir, la dimensión lingüística, la cognitiva y la social y hacer hincapié en su interrelación;
- (b) haciendo propuestas concretas, que se confirmen con el análisis del corpus aplicado al subcampo *procedimiento diagnóstico*, en las que se compruebe que es precisamente la información pragmática la que constituye el parámetro mediante el cual se relacionan dichas dimensiones.

A continuación (apartado 2.3), nos dedicaremos a otra teoría alternativa a la teoría tradicional de la TGT, en concreto, la Teoría Sociocognitiva de la Terminología basada en Temmerman (2000ab, 2001).

### **2.3. La Teoría Sociocognitiva de la Terminología**

La Teoría Sociocognitiva de la Terminología (TST), propuesta por Temmerman (1999, 2000ab, 2001), constituye otra de las alternativas relevantes – conjuntamente con la TCT de Cabré – frente a la terminología tradicional de Viena, creada por Wüster (apartado 2.2). Para Temmerman, los planteamientos de la terminología tradicional son erróneos dado que son incapaces de trascender la normalización, al mismo tiempo que omiten una descripción realista del significado de un término que se encuentra actualizado en un texto concreto. Es cierto que, gracias a la normalización, los especialistas llegan a una unificación de los conceptos y términos, lo que facilita la comunicación entre ellos a nivel internacional. Sin embargo, la terminología como disciplina no puede ser únicamente prescriptiva, sino que tendrá que estudiar y describir todos los aspectos relevantes en torno a la comunicación especializada.

Esta nueva teoría surgió de la necesidad de ofrecerle al terminógrafo una metodología de trabajo, así como unos procedimientos para la descripción de la terminología basados en el análisis de textos.

Según Temmerman (2001: 77), la terminología tiene dos objetivos principales:

- El primer objetivo se refiere a la elaboración de una base teórica de la disciplina que consiste, a su vez, en una teoría de la *comprensión* de las categorías y una teoría capaz de explicar la relación entre lexicalización y categorización.
- El segundo objetivo trata de encontrar los mejores métodos y directrices para el trabajo terminográfico, en concreto, para la descripción de la comprensión de categorías y términos, por una parte, y la descripción del proceso de lexicalización, por otra.

Se observa que los dos objetivos separan claramente la teoría de la práctica, representando el primero los objetivos de la terminología como teoría, y mostrando el segundo las posibles aplicaciones terminográficas.

En cuanto a los pilares teóricos, la TST presenta cinco principios, basados en la semántica cognitiva, que contrastan con los de la terminología tradicional y conforman la base de la nueva teoría.

Quizás el primer principio y más importante de la terminología de Viena fuera el que se extiende en la explicación de un concepto bien delimitado y considerado como punto de partida de la terminología. Según la terminología tradicional, un concepto se define como “unit of thought constituted through abstraction on the basis of properties of a set of one or more objects” (ISO/CD 1087– 1,1995) (Temmerman 2001: 79), una definición demasiado restrictiva según la TST, ya que la mayoría de los conceptos no existen de forma objetiva. Esta teoría no habla de conceptos, sino que utiliza el término *unidad de comprensión* que nos acerca a la idea de comprender el mundo como modelos o marcos (*frames*) cognitivos (Fillmore 1985, Lakoff 1987, Faber & Mairal Usón 1999, Mairal Usón & Faber 2002). Gracias a dichos modelos o marcos cognitivos, podemos representar el mundo en nuestra mente, almacenar conocimiento estructurado en forma de categorías a través de relaciones prototípicas y recuperar este conocimiento cuando lo necesitemos (apartado 2.4.2). Según Temmerman, la mayoría de las unidades de



comprensión se caracterizan por una estructura prototípica por lo que deben de considerarse como *categorías* (Lakoff *ibid*, Taylor 1995, Faber & Mairal Usón *ibid*). Para estudiar estas categorías, es necesario, en primer lugar, elegir un enfoque, decidir si se opta por partir desde el concepto (enfoque onomasiológico) o desde el término (enfoque semasiológico).

En este contexto, Temmerman propone una metodología para la descripción de la información terminológica, en la que se combinan cuatro perspectivas (Temmerman 2001: 79):

- la perspectiva nominalista: la unidad de comprensión es el sentido de la palabra,
- la perspectiva mentalista: la unidad de comprensión es una idea que existe en la mente,
- la perspectiva realista: la unidad de comprensión es una forma externa que existe en el universo,
- la perspectiva espacio-temporal: la unidad de comprensión se encuentra en un espacio y un tiempo.

La terminología debería de describir la relación que existe entre estas cuatro perspectivas respecto a la unidad de comprensión, en vez de concebir el concepto como algo abstracto, sin tener en cuenta la importancia que tiene el lenguaje de especialidad tanto en relación con la categorización, como en la comunicación especializada. El enfoque normalizador en la terminología debería ser, como hemos mencionado más arriba, sólo uno de muchos aspectos de esta disciplina.

Presuponiendo que la terminología únicamente puede ser estudiada en el discurso, es el término y no el concepto del que debe arrancar todo estudio descriptivo en terminología (Temmerman *ibid*: 80). Además, un mismo término que aparece en distintos textos, puede tener diferentes significados (polisemia); es más, un término se caracteriza, en parte, por su *vaguedad*, lo que quiere decir que no se usa prácticamente nunca con el mismo significado (*ibid*).

Respecto a este primer principio de la TST, en concreto, la crítica en relación con el concepto como lo entendía la terminología tradicional, así como la incorporación del enfoque sociocognitivo del *prototipo*, nos parece más que acertado. La razón

principal que menciona Temmerman a favor de un enfoque descriptivo que parta del término en vez del concepto, parece ser sólida si pensamos que los términos, efectivamente, se encuentran en los textos y discursos de especialidad; sin embargo, deberíamos cuestionarnos de qué forma y mediante qué procesos mentales llegan los términos a un discurso determinado. Los expertos que quieren transmitir un mensaje concreto a un receptor concreto tienen que elegir el lenguaje y, sobre todo, los términos, dependiendo de las necesidades concretas que tenga el usuario del mensaje / texto. En definitiva, aunque en un texto veamos únicamente los términos, éstos son posteriores a ese concepto que Temmerman denomina *unidad de comprensión*. Quizás haya sido esta reflexión la razón básica por la que la terminología descriptiva haya tomado el concepto como punto de partida en sus teorizaciones.

El segundo principio de la TST critica la clasificación tradicional de la estructura conceptual en relaciones lógicas y ontológicas (apartado 2.1) y ofrece una estructuración de la comprensión en categorías que pertenecen, por su parte, a modelos cognitivos. La comprensión se consideraría, según la autora, un evento estructurado:

Cognitive TT believes understanding amounts to categorisation. Each category is understood as existing within cognitive models. Understanding is a structured event (Temmerman 1999: 81).

Como hemos apuntado más arriba (cap. 1), nos apoyamos en las teorías desarrolladas por Faber (apartado 2.4.2, Faber 2000, 2002 y en prensa, Faber & Mairal Usón 1999) en relación con el *evento médico* en general, y el *evento oncológico*, en particular, en el que se encuentra ubicada la categoría objeto de nuestros análisis: el *procedimiento diagnóstico*.

En cuanto a las unidades de comprensión y las categorías, se observa lo siguiente (Temmerman *ibid* y 2001):

- (a) la unidad de comprensión muestra estructuras internas (intracategoriales) y externas (intercategoriales),
- (b) la categoría muestra una estructura prototípica.

La estructura intracategorial, por un lado, comprende varios módulos de información tales como la definición nuclear, la aplicación (*features*) o la información histórica. El nivel o presencia de cada módulo varía dependiendo del tipo de categoría del que se

trate. La estructura intercategorial, por su parte, hace referencia al campo específico, a la perspectiva y a la intención del modelo cognitivo en cuestión. El conjunto de estos datos, más la información en cuanto a la categoría, forman un modelo de definición llamado *template*<sup>17</sup> (apartado 2.4 y cap. 6), que se muestra en la siguiente tabla:

CATEGORY/TERM:
TYPE OF CATEGORY:
(a) entity
(b) activity
(c) collective category
(d) ... etc.
CORE DEFINITION:
.....
INTRACATEGORIAL INFORMATION:
(a) is a part of
(b) consists of parts
(c) is a type of
(d) has the following types
(e) aims
(f) use
(g) application
(h) ... etc.
INTERCATEGORIAL INFORMATION:
(a) perspectives
(b) domains
(c) intentions
HISTORICAL INFORMATION:
.....

Tabla 2.3: *Template* para la descripción de la unidad de comprensión (Temmerman 2000a: 122).

Como se puede apreciar, partes de este modelo no concuerdan con las descripciones anteriores (Temmerman 2001: 80), en concreto, la información histórica no aparece incluida en la información intracategorial, ni la definición nuclear; ambos tipos de información ocupan un lugar propio independiente. El modelo de definición ofrecido quizás nos pueda parecer demasiado complejo, en cualquier caso resulta difícil comprobar la eficacia de su aplicación, ya que la autora no ofrece ejemplos al respecto. En concreto, nos preguntamos por ejemplo, si como ocurre en el modelo que nosotros seguimos (apartado 2.4. y cap. 6), cada categoría no tendría su modelo de *template* propio; también sería interesante conocer la opinión de la autora acerca de la forma de

---

<sup>17</sup> En este estudio se sigue el concepto de *template* propuesto por Faber (1999, 2000 y en prensa) ya que éste ha sido aplicado con éxito en la elaboración de las definiciones del *evento oncológico*.

incluir información acerca de *aims, use, application, intentions*, etc. Estamos seguras que cuando se aplique esta teoría se ofrecerá respuesta a estas cuestiones.

El tercer principio trata del modelo de definición como representación del *template*. Mientras que en la terminología tradicional el concepto forma parte de una estructura conceptual, por lo que su definición se organiza en función de una serie de características necesarias y suficientes inherentes a los conceptos, en la TST, la definición tendrá unidades de información más o menos esenciales cuyo grado de importancia depende del tipo de unidad de comprensión en cuestión. Según la autora (2000a, 2001: 81), la mayoría de las unidades de comprensión estudiadas por ella está estructurada de forma prototípica, donde los módulos de información (tabla 2.3) varían en cuanto a la importancia que se le atribuye a cada uno de ellos. Nos ofrece un ejemplo en el que aparecen las unidades de comprensión clasificadas según si son una categoría colectiva (p. ej. *biotechnology*), una entidad (p. ej. *intron*) o una actividad (p. ej. *cloning*). En cuanto a la categoría *biotechnology*, el módulo con la información histórica se considera esencial y recibe un 2 que es la máxima puntuación; para *intron* y *cloning*, el mismo módulo resulta ser sólo relevante y se queda con una puntuación del 1. Si miramos el módulo procedural, *cloning* recibe 2 puntos, mientras que este tipo de información es irrelevante para *intron* y *biotechnology* que figuran con 0 puntos.

Aunque la propuesta de indicar la importancia de determinados tipos de información nos parece interesante, echamos de menos la aplicación de dicha graduación en definiciones concretas. Estas ideas necesitan ser objeto de estudio donde se compruebe su viabilidad. Parece obvio que con esta propuesta se pretende reflejar la imagen cognitiva que nos construimos o modelamos de cada concepto o unidad de comprensión. Pero creemos que hay una opción quizás menos compleja y que, por tanto, ofrece más facilidad de manejo para el usuario de la definición, que presentaremos más en adelante (apartado 2.4 y cap. 6).

Con el cuarto principio, la TST contradice los postulados de la terminología tradicional que defendían la asignación de sólo un concepto a un término (monosemia) y la de un único término a un concepto (mononimia). En la TST, dependiendo del tipo de unidad de comprensión, tanto la univocidad (monosemia y monosimia) como la polisemia y sinonimia pueden ser funcionales (Temmerman 2001). Los textos contienen la información necesaria respecto a tres razones por las que se presenta la polisemia:

- los cambios tanto sociales como provocados por el progreso tecnológico,
- los cambios en un nivel cognitivo, es decir, en la comprensión de la categoría,
- los cambios relacionados con la totalidad de los elementos inherentes a la lengua como un sistema (ibid: 82).

El último principio hace referencia a los modelos cognitivos que se consideran dinámicos, ya que las unidades de comprensión muestran un desarrollo y cambio continuos. Se observan varios factores que favorecen, de forma simultánea, dicho dinamismo:

- (a) la creciente necesidad de una mayor comprensión ofreciendo a la vez una mejor calidad;
- (b) la interacción entre diferentes usuarios del lenguaje;
- (c) la estructura prototípica en la comprensión de las categorías que se puede considerar como el resultado de la evolución del significado y también como una de las causas de esta evolución.

No cabe duda alguna de que tanto el cuarto principio (la funcionalidad de polisemia y sinonimia) como el último de los cinco principios (el cambio constante de los modelos cognitivos) en los que se fundamenta la *Teoría Sociocognitiva de la Terminología*, son de sentido común y absolutamente necesarios para conseguir una nueva teoría que dé cuenta de la comunicación real en el seno de las materias especializadas. Todo tipo de estudio descriptivo en terminología, que, como hemos mencionado con anterioridad, debe basarse en el análisis de textos, se define mediante dos parámetros fundamentales: el primero es el campo concreto en el que se desarrolle y, el segundo, el perfil del usuario potencial de la información terminológica (Temmerman 2001: 75)<sup>18</sup>.

Temmerman propone para ello una serie de métodos para el análisis terminológico, basados en los cinco principios de la TST (Temmerman 2000a: 229 ss., 2001: 83 ss.). Estos análisis, aplicados a las ciencias biológicas (*life sciences*), constan de tres diferentes tipos de análisis:

---

<sup>18</sup> Uno de los pilares principales de esta tesis constituye precisamente el perfil del usuario bien definido (cap. 4).

- un análisis de la estructura prototípica
- un análisis del modelo cognitivo
- un análisis diacrónico

En cuanto al análisis terminográfico, la información recabada en los textos, se clasifica según cuatro unidades distintas, las llamadas *unidad de categoría* (el tipo concreto de categoría), *unidad lingüística* (información morfosintáctica, etc.), *unidad de referencia* (referencias bibliográficas, etc.) y *unidad de identificación* (autor, fecha, etc.). La información destinada a la descripción terminológica se compone, a su vez, de tres partes, como se puede ver a continuación:

<b>specifying information</b>	domain indication intention assessment perspective description	
<b>terms</b>	types of units of understanding synonymy and polysemy: prototype structure	
<b>category description</b>	template	core definition intracategorial description intercategorial description historical information procedural information

Tabla 2.4: Tipos de información para la descripción terminológica (Temmerman 2000a: 233, 2001: 89).

Para que este modelo fuera viable, habría que integrar en él, según nuestro entender, los datos que componen el *template* presentado en la tabla 2.3. También parece necesario que este modelo para la descripción terminológica se aplique de forma completa; en Temmerman 2000a, capítulo 3, encontramos análisis respecto a la aplicación de sólo una parte del esquema, esto es, la estructura prototípica del término.

En la primera parte del modelo para la descripción terminológica (tabla 2.4), en *specifying information* aparece, en segundo lugar, *intention assessment* con lo que, suponemos, se especificarían los usuarios potenciales de la información terminológica tales como científicos, médicos, técnicos, estudiantes, etc. (Temmerman 2001: 89). Nos podríamos cuestionar si no se ha planteado la posibilidad de una variación en cuanto a las necesidades de dichos grupos de usuarios. Aparte de la indicación de los posibles

receptores de la definición terminológica, no vislumbramos más datos relevantes en relación con el uso de dicho producto, la definición. En repetidas ocasiones, la autora (2000ab) menciona el hecho de que, para la definición de una unidad de comprensión hace falta recurrir a la definición enciclopédica, descartada por la terminología tradicional, por la razón de que mediante este tipo de definición se pueden describir las estructuras prototípicas de la unidad de comprensión.

Les catégories quant à elles sont toutes les unités de compréhension impossibles à décrire selon les principes de la terminologie traditionnelle. Elles sont caractérisées par une structure prototypique intracatégorielle aussi bien qu'intercatégorielle. C'est dans ce qui est traditionnellement appelé "l'information encyclopédique" que se trouvent les sources de la structure prototypique" (Temmerman 2000b:60).

En el marco de estas reflexiones en torno a una nueva definición, una *definición variable*, no aparecen, sin embargo, indicaciones algunas en relación con la posible variación de la definición en función del usuario. Ni siquiera la sinonimia se asocia a este usuario del lenguaje, sino que se menciona únicamente la existencia de diferentes perspectivas: "Les perspectives légèrement différentes conduisent à produire plusieurs synonymes" (ibid: 61). Se resalta el aspecto funcional de la sinonimia (principio 4), sobre todo en el capítulo 4 (*Univocity and polysemy*) de Temmerman 2000a, donde se explica la existencia de sinónimos por la *motivación* con la que los científicos crean los términos. Las necesidades reales del usuario – sobre todo del no experto - sin embargo, no se tienen en cuenta. Más adelante (2.4 y cap. 6), presentaremos un modelo de definición variable donde básicamente se tome en consideración al usuario con un perfil social concreto y real, confeccionado según sus necesidades socioculturales que se refieren a algo tan básico como su conocimiento previo sobre un evento determinado, así como sobre el perfil de las necesidades concretas de conocimiento. Dichas necesidades dependen, a su vez, de las relaciones del usuario con las distintas categorías del evento. Si se trata, por ejemplo, de un paciente y el concepto forma parte de la categoría de un procedimiento diagnóstico dentro del evento médico, y además, dentro de esa categoría, le interesa la forma en que va a proceder el médico, habrá que ofrecer precisamente esa información. Además, habrá que tener en cuenta siempre el metalenguaje que ese usuario real de la definición puede comprender, así como sus necesidades de información concretas.

En el siguiente apartado (2.4) nos dedicaremos a la descripción de dos de las tres perspectivas de la unidad léxica: la lingüística, que se basa en el Modelo Funcional Lexemático (MLF) desarrollado por Leocadio Mingorance y cincelado posteriormente por Faber & Mairal, en el que conceptos como *template*, *intra e intercategorial*, *type of*, etc. adquieren un significado social e intercultural y no solo teórico; la cognitiva, donde destaca la teoría del evento oncológico desarrollada por Faber. La social donde el receptor no definido y abstracto se convierte en un usuario determinado y concreto con un perfil bien definido, la ampliaremos una vez que hayamos ofrecido una metodología de análisis del corpus.

## **2.4. Hacia una configuración teórica de una nueva teoría de la terminología**

### **2.4.1. La dimensión lingüística**

En este apartado nos dedicaremos a la primera de las tres dimensiones que nos proponemos analizar con vistas a la elaboración de una definición funcional y adaptada a las necesidades del usuario. En relación con la *dimensión lingüística* pretendemos ofrecer un metalenguaje a través del que podamos reflejar cómo los expertos – y, a la vez, emisores de textos especializados – tienen almacenados y estructurados de forma jerárquica el conocimiento en su mente. Ya hemos apuntado brevemente (apartado 1.3) – y lo explicaremos con más detalle en el apartado 2.4.2 – en qué consiste el principio y funcionamiento de la ontología en la que se basa el proyecto *Oncoterm*, al adoptar o imitar, de alguna forma, ésta la forma de organizarse nuestra mente. Se trata de un modelo cognitivo-conceptual que sigue una estructuración jerárquica caracterizada por relaciones tanto jerárquicas como no jerárquicas. En este apartado veremos cómo estos modelos mentales pueden ser transformados y representados por un metalenguaje que permita la elaboración de la definición como un texto coherente y pragmático. En este contexto cabe resaltar la teoría desarrollada por Martín Mingorance, el Modelo Lexemático Funcional (MLF), como base para la descripción de esta dimensión.



### **2.4.1.1. El Modelo Lexemático Funcional**

El Modelo Lexemático Funcional (LMF), una teoría desarrollada por Martín Mingorance (1990, 1995, 1987, 1998a, 1998b), ofrece ante todo una descripción del lexicón de una lengua natural. Este paso fue realmente revolucionario en comparación con los estudios lexicográficos que se llevaban a cabo hasta entonces y que solían ocuparse únicamente de algún aspecto concreto de una lengua, analizando parte del lexicón (Haensch et al. 1982: 83 s.). Martín Mingorance, en cambio, organizó los campos léxicos según los conceptos que éstos representan, estableciendo las correspondientes relaciones conceptuales entre cada uno de ellos (Faber & Mairal Usón 1999, Jiménez Hurtado 2001, Montero Martínez 2002). La diferencia primordial entre el MLF y la lexicología tradicional reside, por tanto, en la visión unitaria y completa del lexicón, permitiendo de esta forma su organización y representación cognitiva como reflejo de nuestro lexicón mental. De hecho, el cometido fundamental del MLF ha consistido siempre en describir el léxico como un almacén de información para el hablante y el oyente durante cualquier acto de comunicación. Por otro lado, el creador de este modelo de análisis siempre pensó que tal descripción era perfectamente aplicable, como veremos más adelante, a la descripción de los lenguajes especializados (Jiménez Hurtado 1994: 274-275).

En este estudio, nos limitaremos a ofrecer una descripción resumida de los pilares, logros y perspectivas más importantes del MLF<sup>19</sup>. El resumen que ofrecemos se basa en las siguientes dos razones fundamentales:

- (a) En primer lugar, nos interesa exclusivamente mostrar unos apuntes metodológicos sobre nuestra forma de analizar la unidad terminológica, para lo que el MLF nos sirve de orientación metodológica.
- (b) En segundo lugar, desde el punto de vista teórico, aplicaremos los análisis que se basan en el eje paradigmático y el cognitivo, mientras que prácticamente obviaremos, en este trabajo, el eje sintagmático.

---

<sup>19</sup> Faber & Mairal Usón 1999 y Jiménez Hurtado 2001 ofrecen una exposición muy amplia del modelo.

Aunque, como acabamos de mencionar, en el presente estudio no aplicaremos el eje sintagmático, sí consideramos útil e incluso necesario esbozarlo brevemente para que así sea posible una visión y comprensión completa del MLF.

Antes de comenzar con la descripción de las ideas fundamentales de dicho modelo, es decir, los tres ejes – el cognitivo, el paradigmático y el sintagmático – abordaremos, de forma resumida, el núcleo del que parte esta nueva teoría. Nos referimos a la noción del *campo* o *dominio léxico*. Como mencionábamos al principio de este apartado, el modelo se construye en la concepción de la organización del lexicón como una imagen o mapa cognitivo de nuestro lexicón mental (2.4.2, Faber & Mairal Usón 1999, Jiménez Hurtado *ibid*). Este lexicón precisamente se estructura en torno a una serie de campos léxicos que, a su vez, han sido y siguen siendo uno de los principales objetos de estudio de la lexicografía.

Sin embargo, las opiniones respecto a cómo se define un campo léxico difieren unas de otras. Según Coseriu, por ejemplo, el campo léxico es

una estructura paradigmática compuesta de unidades léxicas que se reparten una zona de significación común y que están en oposición inmediata unas de otras (Coseriu 1977: 170).

Para evitar clasificaciones tan restrictivas y a la vez imprecisas, Faber & Mairal Usón (*ibid*), los herederos más relevantes del modelo propuesto por Martín Mingorance, señalan su preferencia a favor de la denominación *dominio léxico* en lugar de *campo léxico*, argumentándola de la siguiente forma:

the concept of semantic field has been and still is the object of much imprecision. Our lexical domains are somewhat different from traditional semantic fields in that criteria for membership are specified and the internal structure is mapped out through the codification of both paradigmatic and syntagmatic information (*ibid*: 79).

La definición propuesta por Faber & Mairal Usón destaca como la más amplia y concisa al prever criterios que determinen claramente la pertenencia o no de un concepto a un dominio, por una parte, y organizar la estructura interna del mismo gracias a dos tipos de información, la paradigmática y la sintagmática, por otra parte.

Es imposible describir el modelo sin toparse, de forma automática, con los tres ejes que hemos mencionado más arriba: el eje paradigmático, el sintagmático y el cognitivo. Antes de fijarnos brevemente en cada una de estas tres bases teóricas

concretas del MLF nos deberíamos cuestionar sobre el origen, sobre cómo surgió la constelación del modelo en estos tres ejes.

El origen del MLF consistía básicamente en una integración de la Gramática Funcional (GF) de Simon C. Dik (1978, 1989) con la Lexemática de Coseriu (1992).

The FLM lexicon thus contains information for the speaker and hearer relevant to the act of communication. It integrates a modified and extended version of Coseriu's Lexematics into Dik's Functional Grammar (Faber & Mairal Usón 1999: 57).

Asimismo, Faber y Mairal Usón (ibid) señalan que los dos modelos coinciden en la metodología seguida para la descripción de las entradas del diccionario, es decir, que en ambos casos es funcional. Gracias a la integración de ambos modelos, el MLF reúne criterios esenciales en su metodología; ésta se basa inicialmente en dos dimensiones, el eje paradigmático y el sintagmático.

Martín Mingorance (1990: 233) states that since Dik's FG belongs to the synthetic type of grammar (and thus focuses on the syntagmatic axis), it is complementary with Coseriu's analytic model, which organizes the core vocabulary of a language in lexical domains, and thus develops the paradigmatic axis (ibid: 59).

Con posterioridad, se incluye la semántica cognitiva como tercer análisis en el modelo, con lo que se crea el eje cognitivo, gracias al que se han conseguido logros importantes en los estudios que integran los dos ejes anteriores.

En contra de nuestro propósito de describir, en este apartado, ante todo la dimensión lingüística, también entraremos, aunque de forma parcial, en la dimensión cognitiva de la unidad léxica dado que esta faceta aparece como uno de los aspectos del MLF, su eje paradigmático.

#### **2.4.1.1.1. El eje paradigmático**

En una descripción detallada y completa del MLF destaca el hecho de que dicho modelo consigue integrar tres métodos de análisis por lo que da una visión más completa y global de la unidad léxica:

- 1) La Semántica Estructural en versión del profesor Coseriu [...], la Lexemática, mediante la cual se consigue un estudio bastante completo del eje paradigmático con una versión adaptada del concepto de campo léxico.[...]

- 2) La Gramática Funcional de Dik (1978a, 1983, 1989) que, a su vez, es un modelo integrado por otras teorías gramaticales, donde no se excluyen teorías lingüísticas tales como la de las valencias y la gramática de casos.[...]
- 3) La Gramática Cognitiva que incluye la semántica de los prototipos desde la que se introducen las bases neuro y psicolingüísticas del MLF (Jiménez Hurtado 2001: 47s.).

El punto 1 se refiere claramente al EJE PARADIGMÁTICO mediante el que se divide el lexicón de una lengua individual en dominios jerárquicamente estructurados donde un lexema específico o hipónimo se define a través del lexema más genérico o hiperónimo. También podemos decir que es precisamente en el eje paradigmático donde se localiza la estructuración onomasiológica de un lexicón determinado. Para describir la estructura y la definición de las unidades léxicas, se parte de la lexemática de Coseriu que aplica los principios fundamentales del estructuralismo europeo:

- o la *funcionalidad* de la lengua y la *variación* como diversidad de valores contextuales de un mismo significado,
- o la *oposición* o estudio de los rasgos distintivos (las unidades funcionales existen porque participan en oposiciones),
- o la *sistematicidad* o principio por el cual, con los mismos rasgos distintivos se estructuran todas las unidades consiguiendo así una especie de economía funcional (ibid: 50),
- o la *neutralización* se refiere al que un hecho lingüístico sólo se considera tal dentro de una estructura más amplia, es decir, el sistema de relaciones al que pertenece.

Aunque de estas descripciones se pueda sacar la conclusión de que la lengua es un ente elocutivo, esto no impide que se la considere también como medio de comunicación y un medio del que el individuo dispone para desplegar su capacidad expresiva.

Para poder definir una unidad léxica es imprescindible averiguar en qué espacio cognitivo o campo conceptual se ubica. La noción de *estructura* o *eje paradigmático* hace referencia a la localización concreta de las unidades léxicas en campos y subcampos conceptuales. Éstas pertenecen, por tanto, a una estructura jerárquica compuesta por conceptos unidos entre sí a través de un sinfín de relaciones. La adjudicación de un concepto a un determinado campo o dominio está determinada por su significado nuclear, también llamado *definiens*, *genus* o *archilexema*. Los lexemas que pertenecen al mismo subcampo comparten, por tanto, el mismo

*archilexema*, y se diferencian unos de otros por ciertas características o rasgos distintivos. Dichos parámetros de tipo semántico y pragmático mediante los que se distinguen los lexemas de un mismo subcampo, se conocen también como *differentiae* (Meijs y Vossen 1992). Dado que el concepto hipónimo hereda del hiperónimo el significado nuclear que equivale a la definición completa del concepto hiperónimo, y así sucesivamente hasta llegar al último concepto o nodo de una cadena, se va creando una red compleja con nodos o conceptos que están unidos por diferentes tipos de relaciones. En base al dominio conceptual podemos elaborar una definición coherente que empieza por el *genus* para terminar con las *differentiae* formando así una estructura sistemática (Bejoint 1997).

Según Martín Mingorance, la construcción de un lexicón organizado de forma onomasiológica en jerarquías semánticas comprende los siguientes parámetros (cfr. Faber & Mairal Usón 1999: 57):

- (i) The distinction between the primary and derived lexicon. [...]
- (ii) The organization of this vocabulary in lexical domains. [...]
- (iii) The analysis of the complementation patterns of each lexeme, using predicate frames as integrated formulae. [...]
- (iv) The establishment of a hierarchy of semantic and syntactic prototypes for each lexical domain. [...] (ibid)

A continuación se mostrará un ejemplo de la organización del lexicón en campos léxicos jerárquicamente estructurados elaborada por Faber & Mairal Usón (1999). La definición construida de esta forma ubica a la unidad terminológica en su respectivo campo semántico mediante la inclusión de su concepto genérico – su *definiens* o *genus* – al que se le añaden las *differentiae*, las características específicas. El verbo *embezzle*, la unidad léxica elegida para este ejemplo, se ubica en el campo léxico-conceptual de su unidad genérica, el verbo *steal*:

<b>steal</b>	to take something away from somebody illegally (without their permission and not intending to return it)
<b>rob</b>	to <u>steal</u> money/property from somebody/institution
	<b>defraud</b> to <u>rob</u> somebody of their money by deception
<b>embezzle</b>	to <u>steal</u> money placed in one's care for one's own purposes
<b>purloin</b>	to <u>steal</u> something small [formal]
<b>shoplift</b>	to <u>steal</u> things from shops by taking them from the shelves and hiding them under clothes or in a bag
<b>pilfer</b>	to <u>steal</u> things that are small/of little value continuously over a period of time
<b>filch</b>	to <u>steal</u> things secretly that are small/of little value [informal]
<b>lift</b>	to <u>steal</u> [informal]
<b>swipe</b>	to <u>steal</u> something by removing it quickly

Tabla 2.5: Campo léxico de *steal* (Faber & Mairal Usón 1999: 100).

La imagen muestra una cadena formada por una serie de unidades léxicas cuyos conceptos forman una red conceptual. Según Meijs y Vossen (1992), estas cadenas léxicas<sup>20</sup> revelan los tipos de conocimiento codificado en las *differentiae* de los lexemas relacionados en las mismas.

Las definiciones de las unidades léxicas, sean éstas generales o especializadas, se elaboran extrayendo información de múltiples fuentes (*corpora* y diccionarios) para que sean realmente consensuadas. Dicho procedimiento en relación con la confección de las definiciones se basa en el principio de la descomposición léxica que permite explicar o definir palabras muy complejas por otras más simples. De acuerdo con el principio de descomposición léxica gradual de Dik (1978ab) que se encuentra en consonancia con el *Descomposition Principle* de Mel'cuk (1988), la definición de una unidad léxica debe, por tanto, contener unidades léxicas más simples que la que se define. Por supuesto, éstas no se eligen de modo aleatorio, sino en consonancia con la jerarquía presente en el campo conceptual en cuestión.

Para lexemas con más de un significado, el *genus* decide la localización conceptual de cada uno de ellos. Así, los tres *genus* de las definiciones del verbo *berrear* que refieren a SONIDO HUMANO, esto es, *gritar*, *cantar* y *llorar*, pertenecen a tres subcampos diferentes del campo más genérico de SONIDO HUMANO. Las tres definiciones presentan la siguiente información segmentada:

<sup>20</sup> Más adelante, en el cap. 4, veremos que nosotros adoptaremos el término cadena léxica siguiendo a Hoey 1995 y López Rodríguez 2000.

	<i>berrear1</i>	<i>berrear2</i>	<i>berrear3</i>
<b>Genus</b>	gritar	cantar	llorar
<b>Manera1</b>	sonido fuerte	haciendo mucho ruido	sonido fuerte
<b>Instrumento</b>	la voz	la voz	la voz
<b>Manera2</b>	sonido desagradable	desafinadamente	sonido desagradable
<b>Información pragmática</b>	despreciativo	despreciativo	infantil

Tabla 2.6: Segmentación de las definiciones de *berrear* (Faber & Mairal Usón 1998: 239).

Estos datos nos permiten formular las siguientes definiciones, de acuerdo con el principio de Mel'cuk:

<b>berrear1</b>	gritar con un sonido fuerte y desagradable [despreciativo]
<b>berrear2</b>	cantar mal (desafinadamente), haciendo mucho ruido [despreciativo]
<b>berrear3</b>	llorar un niño con un sonido fuerte y desagradable [infantil]

Tabla 2.7: Definiciones de *berrear* (Faber & Mairal Usón 1998: 239).

Las tres subáreas conceptuales donde se ubicarían *berrear1/2/3* serían PRODUCIR /EMITIR UN SONIDO ARTICULADO, PRODUCIR/EMITIR SONIDOS MUSICALES y PRODUCIR SONIDO INDICANDO EMOCIÓN, respectivamente. Observamos que no solamente cambian los significados de los tres conceptos por el área de la que formen parte, sino también sus posibilidades combinatorias, es decir, el número de argumentos, etc.

El principio de la descomposición léxica se puede aplicar perfectamente a cualquier dominio léxico, incluidos los de especialidad, así como a cualquier categoría léxica, como veremos en la descripción de la dimensión cognitiva (apartado 2.4.2). La siguiente figura muestra su aplicación en el ámbito de la medicina; se ven algunos de los nodos del subcampo TRATAMIENTO del EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO (Faber et al. 2001, apartado 2.4.2):

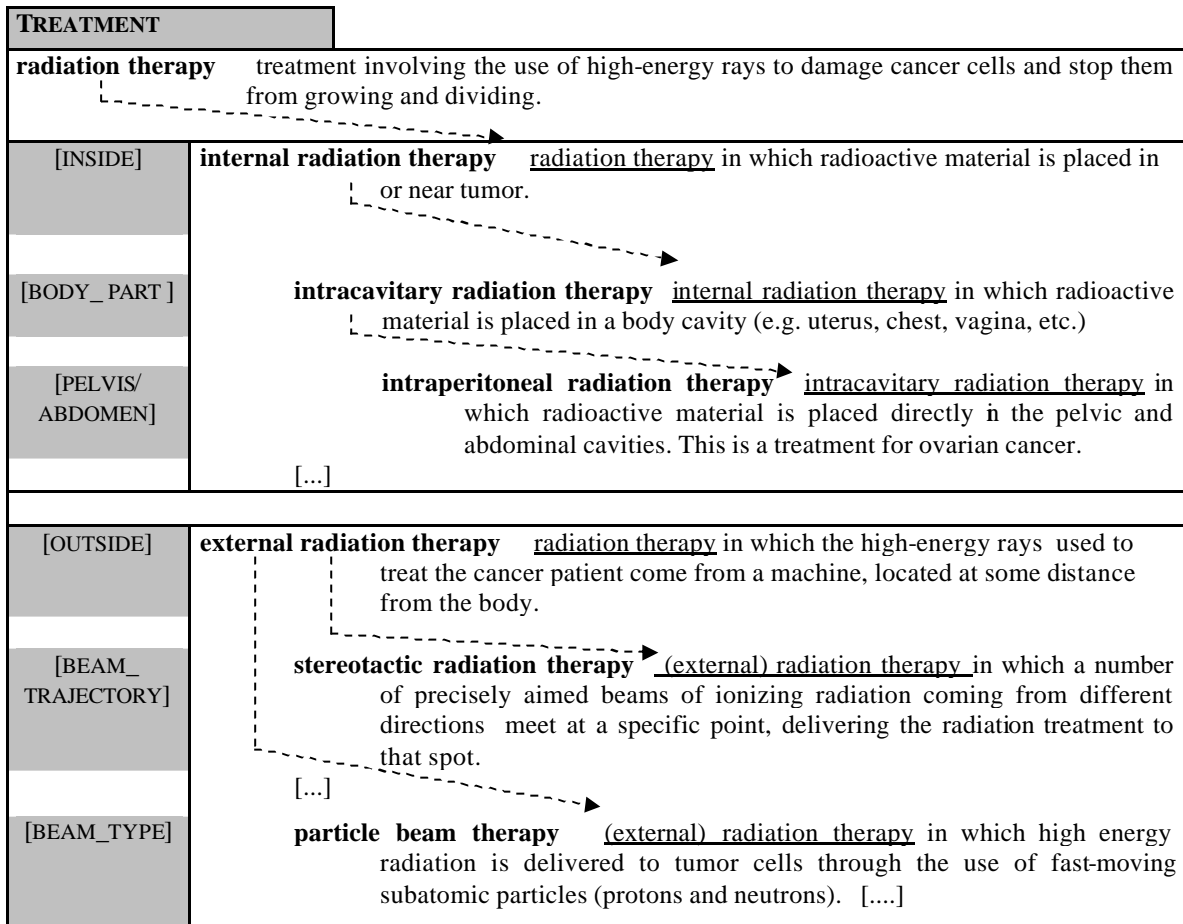


Fig. 2.5: Jerarquía conceptual de RADIATION THERAPY reflejada en las definiciones de las unidades terminológicas (Faber 2002: 346-347).

En las definiciones de la figura 2.5 podemos observar, aparte de la estructura jerárquica del ámbito específico plasmada en ellas, también determinada información sintagmática o patrones de complementación que en cada campo o subcampo son muy similares (2.4.1.1.2). La estructura jerárquica se refleja, tal y como hemos apuntado con antelación, a través del *definiens* o *genus* que se encuentra al principio de cada definición. De este modo, la definición de *external radiation therapy* comienza con la indicación del tipo de terapia del que se trate, *radiation therapy*, cuya definición se presupone como dada (2.4.2). En la definición del siguiente concepto, es decir, *stereotactic radiation therapy*, a su vez, se remite al usuario de dicha definición al concepto hiperónimo (*external radiation therapy*), y así sucesivamente. Podemos observar que los elementos nuevos de cada definición, los focos, aparecen, convertidos en tópicos, en la definición del hipónimo (2.4.2). El hecho de distinguir entre



información dada y conocida por el receptor y otra información nueva nos lleva directamente a uno de los aspectos pragmáticos que consideramos de relevancia en relación con la estructuración de la definición pragmática. Uno de los hechos más destacados resulta ser que la información nueva de las definiciones de un mismo subcampo es similar en lo que respecta a los patrones de complementación; éstos no se presentan de forma aleatoria, sino que dependen de los *differentiae*, que caractericen el concepto, esto es, los rasgos semánticos.

Los lexemas especifican el significado nuclear del dominio al que pertenecen de diferentes formas, a través de su *differentiae*, que indican a su vez los parámetros semánticos que representan la codificación de nuestra percepción (Faber & Mairal Usón 1998: 238).

En la estructura de las definiciones de *internal radiation therapy* y *intracavitary radiation therapy* se observa dicho fenómeno con claridad:

**internal radiation therapy**    radiation therapy

IN WHICH RADIOACTIVE MATERIAL IS PLACED IN OR NEAR TUMOR.

**intracavitary radiation therapy**    internal radiation therapy

IN WHICH RADIOACTIVE MATERIAL IS PLACED IN A BODY CAVITY (E.G. UTERUS, CHEST, VAGINA, ETC.)

La proyección semántica del subcampo conceptual en cuestión no solamente permite estructurar la definición desde el punto de vista semántico (*radioactive material is placed in a body part*), sino también desde el sintagmático (*...in which radioactive material is placed in ...*), tal y como refleja el ejemplo de estas dos definiciones.

De acuerdo con nuestras reflexiones en torno a la dimensión cognitiva y el modelo de definición que propondremos en el apartado 2.4.2, a la organización y estructuración de los parámetros semánticos de la definición las denominamos *esquema categorial*, dado que en él se reflejan las relaciones conceptuales propias de una categoría. Sin embargo, consideramos que no nos podemos detener en este nivel de sistematización donde todavía no están incluidas las demandas reales de los receptores prototípicos de dichas definiciones. En la figura 2.5 se observa la presencia tanto de información semántica determinada como de la sintagmática, pero echamos en falta información pragmática, es decir, datos que sean de especial interés para un receptor

concreto. Nosotros partimos de esta base para una sistematización de los datos presentes en la definición, que ampliaremos de modo que se contemplen también las necesidades del usuario determinado. Veremos más adelante (cap. 5 y 6) que las informaciones pragmáticas dependen de los parámetros semánticos de la categoría a la que pertenezcan los conceptos, por una parte, y de las necesidades del usuario bien definido, por otra.

El segundo eje, el sintagmático, codifica la información sintagmática en tanto que realizaciones sintácticas plasmadas en la definición de un concepto, que se explican por su pertenencia a un dominio o subdominio concreto. Este parámetro del MLF es el que en realidad corresponde a lo que llamamos la *dimensión lingüística* de la unidad léxica.

#### **2.4.1.1.2. El eje sintagmático**

El eje sintagmático surge, como hemos mencionado, de la aplicación al léxico de la Gramática Funcional (GF) de Dik (1978a, 1983, 1989) que, a su vez, es un modelo integrado por otras teorías gramaticales. Gracias al eje paradigmático, el MLF selecciona los conceptos y organiza, de modo onomasiológico, la ubicación en campos y subcampos. El eje sintagmático, en cambio, refleja las combinaciones entre varios elementos léxicos en secuencias lineares, o lo que es lo mismo, supone el potencial combinatorio o sintaxis del elemento léxico.

Syntagmatic relations are those holding between elements that occur in combination with one another in linear sequences. [...] The paradigmatic axis of the FLM Lexicon not only codifies how lexemes are arranged on the axis of selection, organizing them onomasiologically in a hierarchy of domains and subdomains, but is also a determining factor in their syntax (Faber & Mairal Usón 1999: 80).

A través de este eje se pueden especificar los patrones de complementación de cada unidad léxica; para la representación de los rasgos sintagmáticos se recurre a los marcos predicativos.

Dado que cada concepto pertenece a un lugar concreto del eje paradigmático, es decir, a un determinado subcampo conceptual o área semántica, cada uno de los componentes de su definición tiene, por tanto, un mismo origen semántico. Tal y como apuntábamos en el apartado anterior, la información sintagmática está vinculada a la información semántica, es decir, en ella se reflejan los parámetros semánticos que

marcan el concepto por pertenecer a un subcampo determinado. Podríamos considerar la definición como un texto compuesto por una serie de elementos léxicos semánticamente motivados. En palabras de Faber et al. (2001:190), “las diferentes realizaciones sintácticas se conciben como proyecciones de los parámetros semánticos definitorios de cada dominio y subdominio”. Los conceptos pertenecientes al mismo subcampo muestran una definición similar; no solamente comparten el *definiens* o *genus*, sino que se observa un comportamiento similar en cuanto al número y tipo de argumentos de la estructura proposicional:

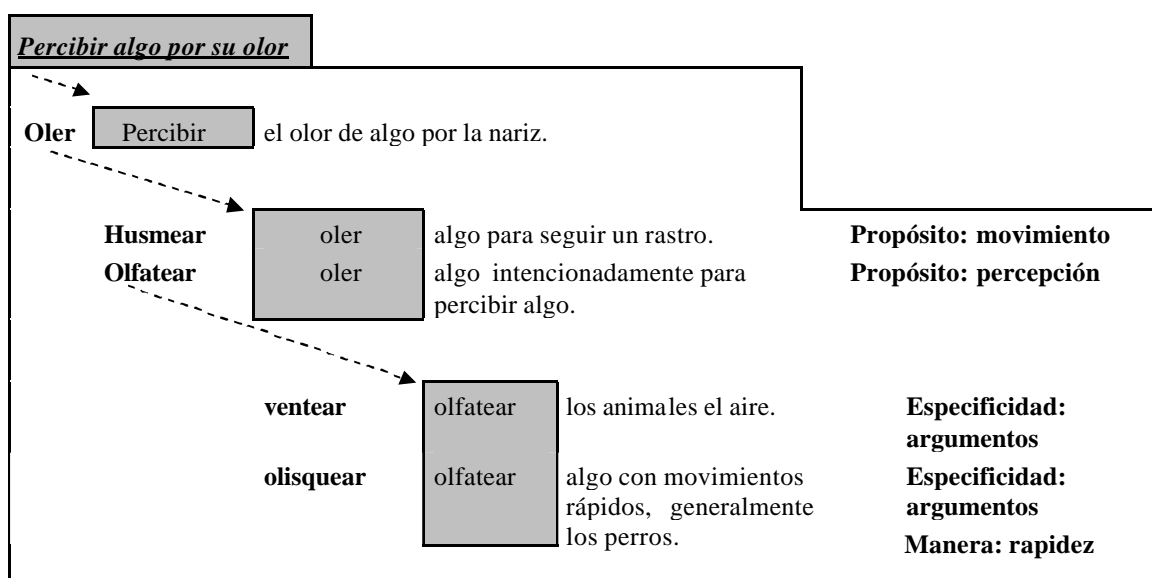


Fig. 2.6: Jerarquía de verbos de percepción olfativa (Faber et al. 2001).

Se observa claramente que los patrones de complementación presentan tanto más restricciones cuanto más específico sea el concepto en cuestión. De modo que el verbo *olisquear* va acompañado de dos argumentos como características específicas de dicho verbo, además de rasgos semánticos concretos (*Manera: rapidez*). En la figura 2.6 se observa nuevamente lo que ya hemos podido ver en la figura 2.5, es decir, que para avanzar en torno a la sistematización de los datos sintagmáticos es preciso recabar y organizar previamente la información conceptual codificada en el subcampo objeto de análisis. La sistematización de la información sintáctica necesita del análisis previo de los rasgos semánticos dado que, como hemos mencionado con anterioridad, éstos se plasman en las realizaciones sintácticas. La información semántica codificada en un subcampo y transferida a cada uno de los conceptos pertenecientes al mismo y que

forman una red conceptual, se convierte en el origen de una producción léxica plasmada en las definiciones. La misma red conceptual configurada por los conceptos origina una especie de red léxica que incorpora datos léxicos nuevos cada vez que haya alguna información semántica nueva, traducida en *differentiae*, las características diferenciadoras de cada concepto.

Hemos observado en el apartado anterior, que es posible una sistematización de la información semántica en el marco de la estructuración de la definición terminológica; también lo es en relación con los datos sintagmáticos si se consiguen descubrir los tipos de interrelaciones sintáctico-semánticas que se muestran en una subárea determinada. Faber & Mairal Usón (1998: 244) enumeran diferentes tipos de posibles parámetros sintáctico-semánticos de los distintos subdominios léxicos: *duración, referencia temporal, causatividad, inceptión, cesación, terminación / completividad, factividad, etc.* Para demostrar la viabilidad de su teoría, los autores eligen como ejemplo el subcampo de *prometer* donde figura como uno de los parámetros el de *duración* que está estrechamente ligado al de *terminación/ completividad*. Dado que *prometer* y sus hipónimos constituyen actos de habla performativos, su realización suele ser un proceso de corta duración.

Me prometió/juró/garantizó que no volvería a fumar.

Me prometió/juró/garantizó durante todo el año que no volvería a fumar [= Me hizo muchas promesas durante todo el año] (ibid).

En el segundo de los dos ejemplos, no se trata de una promesa continua, sino de una promesa que el hablante vuelve a repetir muchas veces a lo largo del año.

Otro parámetro sintáctico-semántico del subdominio de *prometer* es el de *factividad*. El hablante cree que lo que *promete / jura / garantiza* se cumplirá en el futuro o es / era cierto en un momento dado:

Me prometió/juró/garantizó que no volvería a fumar [= Él creía firmemente que no volvería a fumar].

Me prometo/jura/garantiza que { fumar es malo para la salud.  
fumar era malo para la salud hace diez años.

Este parámetro condiciona la aceptación o no de posibles modificaciones en los complementos de este subdominio. En este sentido, modificaciones tales como

\*Me prometió/garantizó/juró que quizás no volvería a fumar.

Me prometió/garantizó/juró que fumar es malo para la salud \*pero no estaba seguro (ibid: 244-245).

no son aceptables, dado que no se respeta una de las interrelaciones sintáctico-semánticas de esta subárea.

Los ejemplos que acabamos de ofrecer demuestran que las realizaciones sintácticas únicamente funcionan en el sentido de que ofrezcan un texto coherente de acuerdo con el significado del concepto, si no contradicen los parámetros semánticos codificados en el subdominio en cuestión.

Los campos léxicos y, de forma implícita, las unidades léxicas necesitan ser analizados desde diferentes perspectivas, para poder descubrir sus estructuras y relaciones semánticas que, a su vez, nos permiten llegar a datos sobre la sintaxis y los patrones de complementación, fundamentales con vistas a la construcción de la propia definición.

#### **2.4.1.1.3 El eje cognitivo**

El último de los tres ejes, el cognitivo, se fundamenta en la Gramática Cognitiva que incluye la semántica de los prototipos desde la que se introducen las bases neuro y psicolingüísticas del MLF. El eje cognitivo ha sido añadido y desarrollado con posterioridad a los dos primeros ejes por Faber & Mairal Usón (1998, 1999) y Mairal Usón & Faber (2002). Ya que aprendemos la lengua en el seno de una cultura, la estructura conceptual de esta lengua es, por consiguiente, cultural de modo que las relaciones presentes en el lexicón reflejan cómo vemos el mundo que nos rodea. Este aspecto semántico-cognitivo, ausente de forma parcial en el eje paradigmático y total en el sintagmático, permite unir y fundir el lexicón de una lengua, originalmente objeto de estudio del MLF, con la perspectiva del lexicón mental de cada individuo.

Onomasiological organization has many advantages, not the least of which is its similarity to the organization of our mental lexicon (Faber & Mairal Usón 1999: 81).

Pero si partimos de nuestro lexicón mental como base y reflejo del lexicón de una lengua, sobreentendemos al mismo tiempo que los ejes paradigmático y sintagmático

también se encuentran en dicho lexicón mental. El parámetro cognitivo, pues, tiene una función claramente integradora. De estas reflexiones podemos sacar la conclusión de que a través del lexicón podemos vislumbrar nuestra forma de pensar, nuestra forma de *categorizar* los acontecimientos, acciones, objetos, etc.

La noción de la *categorización* está estrechamente unida a la del prototipo (véase 2.4.2). De modo inconsciente, aprovechamos el conocimiento del que disponemos y que se encuentra organizado en áreas y subáreas para adjudicarle a un grupo de conceptos ya existente algo que acabamos de aprender, un concepto nuevo.

La teoría de los prototipos fue iniciada por la psicóloga Rosch (1975, 1978) y adaptada a la Semántica de los Prototipos por numerosos lingüistas (Taylor 1995). Para Rosch el concepto de prototipo se encuentra en el *nivel de base* comparado con los que lo rodeen lo que explica el hecho de que tiene una rápida identificación (Rosch et al. 1976). En este sentido, la noción de *prototipo* ha de entenderse como una *imagen mental* que representa a toda una categoría. Esta imagen mental se activa de forma automática cada vez que se presente un concepto o incluso evento nuevo para almacenarlo; creamos *estructuras repetitivas recurrentes* (Faber & Mairal Usón *ibid*: 211) para poder economizar de alguna forma la asimilación de situaciones parecidas y repetitivas. El MLF se basa en este proceso que se desarrolla en nuestra mente y gracias al que ésta crea prototipos que no son otra cosa que esquemas o *marcos*. En palabras de Faber & Mairal Usón (1998: 256):

En nuestro lexicón, estructurado en dominios y subdominios, cada dominio tiene un esquema común para todos los verbos que engloba, ya que este esquema se deriva de la repetición de elementos descriptivos en sus definiciones. Tales esquemas (o prototipos) son de hecho la representación semántica de la noción conceptual transmitida por el dominio.

El funcionamiento de nuestra mente mediante prototipos nos lleva de nuevo a la estructura de la definición del lexema. Los prototipos o esquemas son, como acabamos de ver, la representación semántica de la información conceptual transmitida por la estructura del campo y subcampo.

Con el fin de poder describir la representación semántica del concepto, Faber & Mairal Usón proponen un modelo de *esquema de predicado* que dé cuenta de la convergencia de los tres ejes paradigmático, sintagmático y cognitivo.

la información codificada en los ejes paradigmáticos y sintagmáticos convergen para formar un tipo de representación que hemos llamado *esquema de predicado* y que se encuentra a diferentes niveles estructurales del lexicón. La red de estas representaciones forma el eje cognitivo (ibid: 268).

En esta propuesta los autores parten de un lexicón organizado onomasiológicamente que contiene un repertorio de entradas léxicas en forma de estructuras de significado y de marcos predicativos (ibid: 247). En este sentido, el *esquema de predicado* se define como la información que se incluirá en la definición junto a los marcos predicativos. De acuerdo con el MLF, se distingue entre tres tipos de esquemas de predicado:

- el esquema de predicado de rango léxico,
- el esquema de rango de subdominio<sup>21</sup> y
- el esquema de rango de dominio.

Como hemos apuntado más arriba, en las definiciones se repiten los significados nucleares del subcampo en cuestión por lo que las unidades léxicas comparten el mismo esquema o prototipo. Algo parecido ocurre a nivel de dominio o campo donde también se observa un esquema prototípico o macropatrón (ibid). La estructura léxica se compone de los tres siguientes macropatrones:

- Espacio [Realidad percibida en términos contextuales]
- Tiempo [Realidad percibida como un evento secuencial]
- Evaluación axiológica [Realidad percibida como buena o mala para el receptor]

En el ejemplo de los verbos de MOVIMIENTO concurren los macropatrones de *espacio* y *tiempo* siendo el primero el más básico:

---

<sup>21</sup> La semántica estructural lo denomina *dimensión*, como veremos en el apartado 2.4.2.

**MOVIMIENTO**

- (i) movimiento en general (*ir, venir*)
- (ii) movimiento en/de un líquido (*fluir, nadar*)
- (iii) movimiento en/del aire (*volar, soplar*)
- (iv) movimiento en la tierra (*andar, correr*)  
(ibid: 257)

El macropatrón de *tiempo* se refiere al hecho de percibir las acciones como segmentos temporales. En el campo conceptual de EXISTENCIA se codifica una serie de cambios o fases temporales que se plasman en distintos movimientos:

INCEPCIÓN	Empezar a existir
	Empezar a existir en la percepción de otros
CONTINUACIÓN	Existir
	Existir como la representación de algo
	Existir en el tiempo
CESACIÓN	Dejar de existir
	Dejar de existir en la percepción de otros

Tabla 2.8: Macropatrón de tiempo en el dominio de EXISTENCIA (Faber & Mairal Usón 1998).

El tercer macropatrón, la *evaluación axiológica*, se refiere a la estructuración de muchos dominios léxicos en oposiciones positivas y negativas. Faber & Mairal Usón ofrecen como ejemplo una clasificación de las polarizaciones lexicalizadas en los verbos de SENTIMIENTO (ibid) cuyo resumen veremos en la siguiente tabla:



Verbos de sentimiento	
<b>sentir:</b> percibir por los sentidos o ser afectado por estímulos internos o externos <b>experimentar:</b> sentir momentáneamente cierto estado afectivo o de ánimo	POLARIZACIÓN
1. SENTIR 1.1. SENTIR UNA EMOCIÓN POSITIVA 1.1.1. sentir o experimentar placer o felicidad 1.2. SENTIR UNA EMOCIÓN NEGATIVA 1.2.1. sentir o experimentar tristeza 1.3. SENTIR ATRACCIÓN 1.4. SENTIR AVERSIÓN 1.5. SENTIR SORPRESA	EMOCIÓN POSITIVA VS. EMOCIÓN NEGATIVA  <b>FELICIDAD VS. TRISTEZA</b>   ATRACCIÓN VS. AVERSIÓN

Tabla 2.9: Algunas de las polarizaciones lexicalizadas en los verbos de SENTIMIENTO.

En Faber & Mairal Usón (1999) se menciona otro macropatrón – en la obra de 1998 está incluido en el apartado que describe la evaluación axiológica – que hace referencia al contexto sociocultural; se trata de la codificación de rasgos pragmáticos tales como factores diatópicos, diafásicos, diastráticos, diaculturales o modelos institucionalizados:

ESPAÑOL DE AMÉRICA LATINA VS. ESPAÑOL PENINSULAR:  
*carro* (AmL)/*coche* (Esp. peninsular); *manejar* (AmL)/*conducir* (Esp. peninsular)

FORMAL VS. INFORMAL  
*farfullar* (informal), *chismear* (coloquial), *denostar* (formal), *mancillar* (formal) etc.

MODELOS INSTITUCIONALIZADOS  
 (a) Judicatura: *atestiguar, condenar, absolver*  
 (b) Iglesia: *beatificar, canonizar, anatemizar*  
 (c) Fuerzas de orden público: *detener, interrogar, apresar, prender*  
 (Faber & Mairal Usón 1998: 261)

Mediante la activación de determinados lexemas se codifica un contexto sociocultural, en concreto, un marco o modelo cognitivo como por ejemplo el *bautizo* dentro del campo *Iglesia* o el *evento oncológico* dentro del *evento médico* (apartado 2.4.2).

Como hemos mencionado con anterioridad, el eje cognitivo consiste en una red de esquemas de predicado que se encuentran a diferentes niveles estructurales del

lexicón. Faber & Mairal Usón proponen un formato para el esquema de predicado fundamentado en los análisis de los dos niveles donde operan dichos esquemas:

- (a) el análisis del campo al que pertenece el lexema (análisis intradominio) y
- (b) el análisis que abarca las conexiones que se pueden establecer con esquemas de predicado de otros campos (análisis interdominio):

#### A. Análisis intra-dominio

Dominio léxico

Subdominio léxico

1. Tipología de prototipos semánticos
  - 1.1. Unidades léxicas principales
    - 1.1.1 Definiens (propiedades extensionales)
    - 1.1.2 Parámetro semántico 1: propiedades intensionales
    - 1.1.3 Parámetro semántico 2: propiedades intensionales
    - 1.1.4 Parámetro semántico N: propiedades intensionales
  2. Prototipos pragmáticos
    - 2.1. Atributos cognitivo perceptuales: Rasgos axiológicos
    - 2.2. Información pragmática externa
    - 2.3. Información pragmática interna
  3. Tipología de prototipos sintácticos
    - 3.1. Rasgos sintagmáticos prototípicos
      - 3.1.1 Clasema transitividad: variable aspectual
      - 3.1.2 Valencia cuantitativa ( $x_1, \dots, x_n$ )
      - 3.1.3 Operadores
      - 3.1.4 Valencia cualitativa: funciones semánticas
      - 3.1.5 Restricciones de selección de los participantes
    - 3.2. Rasgos morfosintácticos

#### B. Conexiones inter-dominio

1. Red macrosemántica
  - 1.1. Tipo de movimiento
    - 1.1.1 Conexiones primarias vs. secundarias
  - 1.2. Ambito de movimiento
  - 1.3. Taxonomía de metáforas léxicas  
(ibid: 263 s.)

Podemos observar que este modelo de esquema de predicado permite incluir en la primera parte (*análisis intra-dominio*) los datos recurrentes en torno a los tres ejes, apareciendo el paradigmático como primer punto (*prototipos semánticos*), seguido del cognitivo (*prototipos pragmáticos*) y el sintagmático (*prototipos sintácticos*). En la segunda parte del análisis (*conexiones inter-dominio*) se descubren las conexiones que

se establecen con otros lexemas de otros campos conceptuales, formándose así una macrored semántica:

Un esquema de predicado contiene los parámetros tanto semánticos como sintácticos que desempeñan un papel determinante en la organización de un subdominio léxico, porque activan otros tipos de información en términos de un conjunto de mecanismos de herencia. Un esquema de predicado también señala las conexiones establecidas con otros lexemas en otras áreas de significado. El resultado final es el establecimiento de una macrored semántica que representa las relaciones entre los diferentes dominios léxicos (ibid: 268).

Gracias a que el MLF entiende el esquema de predicado como conversión o unión del eje paradigmático, sintagmático y cognitivo, en el análisis del lexema se pueden tener en consideración todo tipo de factores tales como la información pragmática; de este modo, permite tener en cuenta el tipo de receptor del texto en el que se codifica el lexema en cuestión. Los esquemas de predicado, por su parte, forman una macrored semántica que refleja las relaciones entre los diferentes campos léxicos. Estos principios del MLF de estructurar el léxico son, por tanto, aplicables a cualquier campo – sea general o de especialidad – lo que nos permite adoptar esta teoría como orientación metodológica para el análisis de la unidad terminológica perteneciente al campo de la oncología. Aplicaremos los análisis que se basan en el eje paradigmático y el cognitivo y prácticamente obviaremos, en este trabajo, el eje sintagmático, debido a que nos centraremos en un tipo de información pragmática que se entiende como continuación de la semántica en el modelo de estructuración cognitiva.

En el siguiente apartado nos dedicaremos a la descripción de los avances llevados a cabo por Mairal Usón & Faber (2002) respecto al desarrollo del MLF mediante el que se consigue una representación léxica del conocimiento especializado.

#### **2.4.1.2 Hacia una representación léxica del conocimiento especializado**

Para hablar de la representación léxica del conocimiento especializado, partiremos del artículo *Functional Grammar and lexical templates*, realizado por Mairal Usón & Faber (2002) que, a su vez, representa una ampliación y un desarrollo del MLF. Este desarrollo afecta principalmente al componente sintagmático del MLF, que estos autores logran compaginar con el componente semántico gracias a la propuesta de un

esquema unificador. Se trata de un modelo de definición que integra los ejes sintagmático y paradigmático, como veremos a continuación.

El citado artículo de Mairal Usón y Faber trata de algunos cambios que afectan a la GF, observables a partir del diseño de un interfaz sintáctico-semántico basado en un inventario de esquemas léxicos (*lexical templates*), que están elaborando dichos autores en la actualidad. Los cambios se pueden resumir como sigue (ibid: 44 ss.):

- El diseño de un sistema de representación léxica basado en un metalenguaje. Los autores proponen un metalenguaje que forme parte de un sistema de definición donde esté integrada tanto la información sintáctica como la semántica en un formato único y unificado (*one unified format*).
- Un inventario de esquemas léxicos (*lexical templates*) que se aplican según la clase léxica en cuestión lo que puede llevar, por una parte, a la reducción del número de entradas léxicas y, por otra parte, a una generalización lingüística respecto a los diferentes tipos de predicados.
- El formato para el esquema léxico, que consiste en un conjunto de variables internas y externas que, a su vez, reflejan el trasfondo conceptual de una clase léxica (*conceptual substance of a lexical class*).
- La elaboración de un conjunto de reglas léxicas (*set of lexical rules*) mediante las que se organizan las configuraciones sintáctico-semánticas dentro de una clase léxica, por una parte, y se establecen las relaciones sistemáticas entre el esquema léxico y las diferentes configuraciones relevantes para cada predicado.

Los autores critican el hecho de que, aunque en el lexicón de la GF, las entradas léxicas estén representadas por un marco predicativo y una definición (*meaning definition*), éste no da explicaciones de cómo se generan los marcos predicativos ni cómo el significado de un predicado (*predicate's meaning*) puede ser restringido por sus complementos (*complementation patterns*). Además, en la Gramática Funcional de Dik

- no aparece, entre las funciones semánticas, información respecto del “resultado” del predicado,
- se repite parte de la estructura argumental del predicado en la definición,
- falta la información necesaria en cuanto a la variación sintáctica (*alternations*) de los predicativos.

Sin embargo, la diversidad semántica no se puede reflejar a través de dicha variación sintáctica:

Given that diversity of meaning does not correlate with syntactic variation on a one-to-one basis, syntax by itself is insufficient as a basis for the determination of semantic classes because it cannot provide a satisfactory explanation of semantic constraints (Mairal Usón & Faber 2002: 49).

Para tal efecto, necesitamos un lexicón organizado por campos semánticos tal y como lo ofrece el MLF. Los autores afirman que, en los predicados de un mismo campo semántico se observa un comportamiento sintáctico similar. Por tanto, es posible derivar estructuras sintácticas partiendo de un mismo campo semántico:

The distribution of the different syntactic configurations is not accidental, but is in accordance with their location within the hierarchical semantic organization of semantic domains in the lexicon (ibid: 50).

El hecho de organizar las palabras en campos y subcampos léxicos, pues, permite, por una parte, reflejar la estructuración del lexicón mental de forma jerárquica por lo que las palabras de un mismo subcampo a su vez están situadas en un lugar determinado del eje paradigmático. De esta forma, se ven claramente las relaciones que las caracterizan como palabra bien genérica bien específica de otra. Por otra parte, dicha organización en campos léxicos facilita información en cuanto al funcionamiento sintáctico de los verbos en cuestión: “Not only do these predicates share the same area of meaning but also the same syntactic territory” (ibid: 51).

El siguiente paso consiste en la configuración de las entradas para el nuevo diccionario, aprovechando el fenómeno que acabamos de describir, es decir, el hecho de que los verbos de un mismo subcampo compartan la misma estructura sintáctica. En el MLF, se parte desde una metaentrada (*meta-entry or lexical template*) para cada campo y subcampo por lo que el *definiens* es común a todas las unidades léxicas específicas

que parten de la misma metaentrada. Es evidente que un lexicón de este tipo es, entre otras ventajas, altamente económico en la medida en que ahorra la repetición de gran parte de la información – sea semántica, sintáctica o de otra índole.

Respecto del esquema con el que se representa cada metaentrada o *lexical template*, Mairal Usón & Faber utilizan una versión modificada de la *Role and Reference Grammar (RRG)* de Van Valin (1993ab) y le añaden el componente semántico del MLF. Las definiciones, pues, se construyen con la ayuda del lenguaje natural, de acuerdo con el postulado de la Gramática Funcional.

Hemos podido ver que la propuesta realizada en Mairal Usón & Faber constituye una fusión de la información semántica con la sintáctica; se trata de una teoría que supera tanto la *RRG* de Van Valin como la GF de Dik, siendo éstas dos teorías que se ocupan únicamente de la información sintáctica. Mairal Usón & Faber abarcan, con su propuesta que se puede considerar un camino intermedio, también el componente semántico de la *Construction Grammar* (Goldberg 1995). Los dos factores – el sintáctico y el semántico – confluyen en el esquema léxico (*lexical template*):

..a more viable proposal is one that lies somewhere between the two extremes of exclusively syntactic and semantic focus. [...] Lexical templates conflate both syntactic information (those aspects of the meaning of a word which are grammatically relevant) and semantic information (those aspects which act as distinctive parameters within a whole lexical class) into *one unified representation*<sup>22</sup> (ibid: 54).

A continuación, veremos el ejemplo de un esquema léxico construido partiendo del sistema de representación léxica ofrecido por Van Valin y LaPolla (1997) según el cual se dividen las clases léxicas de los verbos en *states*, *activities*, *achievements* y *accomplishments* y sus correspondientes *causatives*; este sistema, sin embargo, necesita una mayor descomposición semántica por lo que Mairal Usón & Faber la amplian respecto a los dominios de causatividad (*causative domains*) donde se añaden más categorías básicas como la de movimiento (*movement*) y cambio (*change*), ambas presentes en *cut*. Este verbo y los verbos de su clase, por consiguiente, consisten en dos subeventos, que son la actividad (*activity*) y el resultado (*resulting state*). Todos los verbos del campo léxico *cut* tendrían, pues, la siguiente definición básica (ibid: 55):

---

<sup>22</sup> Texto resaltado en cursiva por la autora de este estudio.

[[do' (w, [use.sharp-edged.tool(alfa)in(beta)manner' (w,x) [BECOME be-at' (y,x)] CAUSE [(do' (x, [make.cut.on' (x,y)])] CAUSE [BECOME pred' (y,(z))]], alfa = x..<sup>23</sup>

La primera parte de este esquema léxico (concretamente la primera de las dos líneas del ejemplo) es compartida por todos los verbos de este campo léxico. La segunda parte (a partir de CAUSE), sin embargo, reflejaría los complementos de causatividad de cada uno de los verbos. En el esquema se distinguen dos tipos de variables:

- a) las externas que se refieren a la estructura sintáctica, y
- b) las internas (marcadas por las letras griegas alfa y beta) que representan los parámetros semánticos y, por tanto, permiten que se pueda diferenciar entre los distintos verbos del campo léxico en cuestión, al plasmar dichas diferencias en cada una de las definiciones.

Más aún, los parámetros semánticos representan las constantes ontológicas de un subcampo determinado mediante las que éste se define. Se trata de los siguientes parámetros:

- o la manera (*manner*)
- o el instrumento (*instrument*)
- o el objeto afectado (*affected object*)
- o el resultado (*result*)

Hay que tener en cuenta que los parámetros semánticos que acabamos de nombrar son los que se aplican al subcampo léxico *cut*. Por lo tanto, habría que cambiar y adaptarlos según el campo léxico del que se trate en cada caso. Por otra parte, los roles semánticos o estructura argumental presentes en la definición hacen referencia a conceptos que a su vez necesitan de una definición que los sitúe en un lugar determinado del conocimiento sobre el mundo, es decir, una *ontología*. En nuestro caso se trata evidentemente de *OntoTerm*<sup>TM</sup>, una base de conocimiento independiente de cualquier lengua, tal y como

---

<sup>23</sup> Leyenda del esquema: w = agente (*effector*), x = instrumento, y = objeto afectado (*affected object*), z = estado nuevo (*new state*). Alfa y beta representan las variables internas en tanto como parámetros

explicamos en el apartado 1.3. A través de la definición de un concepto incluido en la ontología se pueden activar todos los conceptos que cumplen un rol semántico en dicha definición y ver las relaciones que tienen con los demás de su entorno y en qué área concreta de la ontología se sitúan. En el caso de los verbos de *cut*, por ejemplo, se encuentra entre las variables semánticas la de “instrumento”, parámetro que se localiza en un área determinada de la ontología. El recorrido conceptual sería el siguiente:

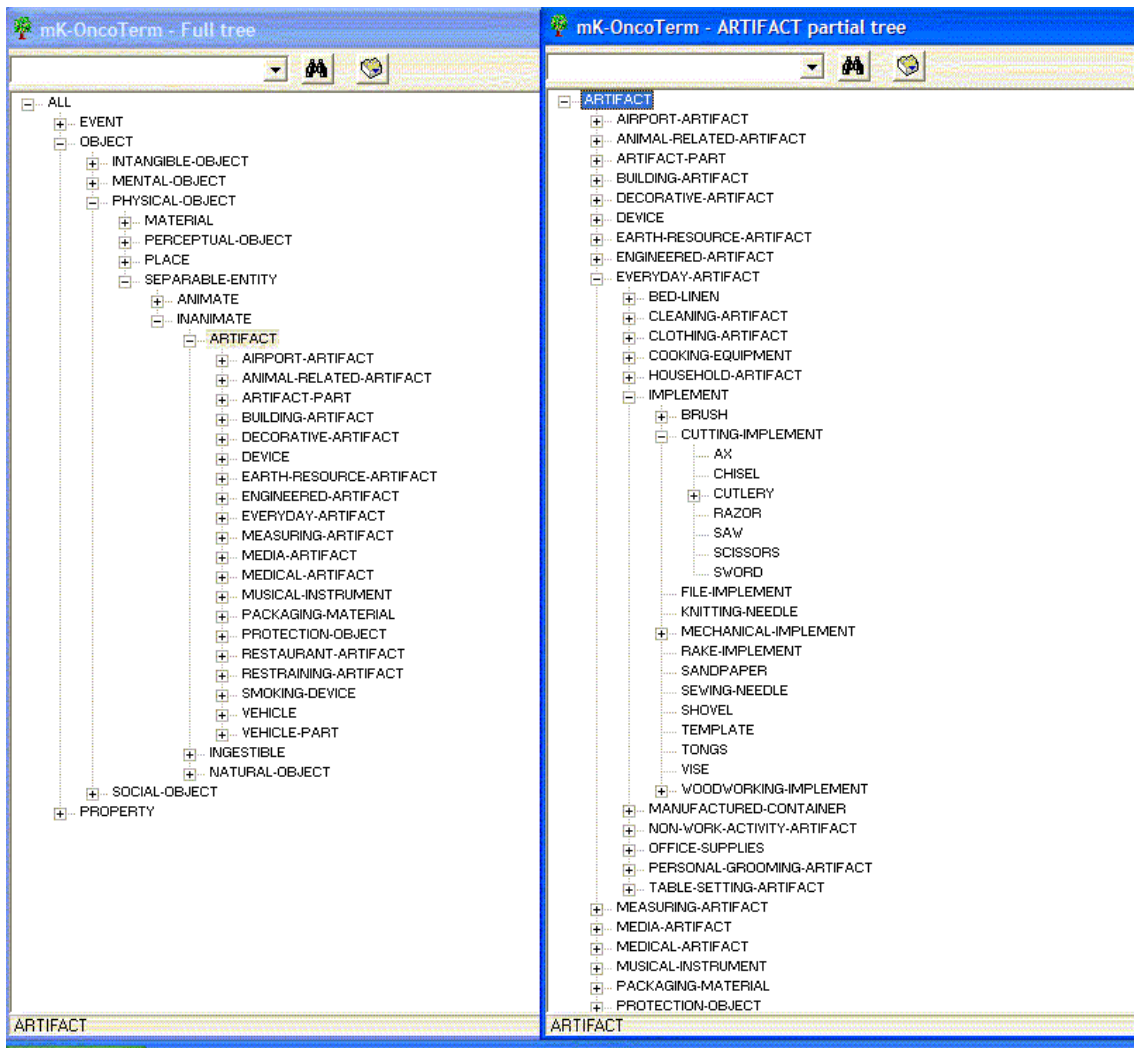


Fig. 2.7: Localización de *cutting implement* en el árbol de *OntoTerm*.

Ni que decir tiene que con los demás parámetros semánticos podemos repetir la misma operación, esto es, buscar la localización conceptual de cada uno de ellos en la

---

semánticos. Para más información, consúltese Van Valin y LaPolla 1997, capítulo 3,4 y 7.



ontología. Esta organización jerárquica de los conceptos en campos y subcampos muy bien definidos conlleva, por otra parte, restricciones por el mismo hecho de tratarse de un sistema conceptual coherentemente construido y estructurado. Estas restricciones son las que constituyen la base de las reglas léxicas (*lexical rules*) desarrolladas por Mairal Usón & Faber.

De acuerdo con el tema elegido para este estudio, elaboraremos un esquema categorial basándonos en los principios que hemos descrito en este apartado que trata de la dimensión lingüística, esto es, las interrelaciones sintáctico-semánticas, pero aplicándolas a la CATEGORÍA *procedimiento diagnóstico* del evento oncológico. Nuestra intención es proponer un modelo de esquema categorial lo más completo posible, siendo al mismo tiempo transparente y fácil de manejar. En lo que se refiere a las variables, nuestro esquema cambia de forma apreciable, sin duda debido al área en la que se desarrolla el proyecto *OncoTerm*. Como veremos en la descripción de la dimensión cognitiva y, sobre todo, de la social, le prestaremos un interés especial al componente comunicativo-social de la unidad terminológica en cuyo centro se encuentra, sin lugar a dudas, el usuario concreto de la definición de la misma.

#### **2.4.2. Estructura y función de la dimensión cognitiva**

En el presente apartado, nos ocuparemos de la segunda de las tres dimensiones inherentes a cada lexema, la *dimensión cognitiva*. En el apartado 2.2, en la descripción de la Teoría Comunicativa de la Terminología, decíamos que la teoría del conocimiento trataba de las formas simbólicas para la representación del conocimiento y la conceptualización del mismo. Desde la perspectiva cognitiva se habla de lenguaje especializado cuando éste “vehicula un conocimiento que ha sido conceptualizado especialmente” Cabré (1999a: 190). De estas ideas destaca el hecho de que los conocimientos se encuentran *conceptualizados* en nuestra mente. Se trata, pues, de ideas e imágenes – también podríamos decir *modelos mentales* – que almacenamos en la mente y que reflejan, cada una de ellas, una pequeña parcela del mundo que nos rodea. Sin este almacenamiento mental de modelos cognitivos no podríamos comprender lo que ocurre a nuestro alrededor; no tendríamos de esquemas que ayudaran a asimilar y manejar el sinfín de informaciones que nos llegan en cada momento. Dichos modelos mentales abarcan, pues, la totalidad de nuestros conocimientos, incluido el lenguaje; de hecho, es más que evidente

que cada individuo como integrante de una determinada comunidad cultural y del saber, dispone de un lexicón mental estructurado de forma jerárquica (Aitchison 1987, Faber & Mairal Usón 1999, Jiménez Hurtado 2000 y 2001), en el que se refleja cómo el ser humano percibe el mundo que le rodea. De esta forma, se explica que, tradicionalmente, no sin cierto grado de artificialidad, se haya estructurado la unidad léxica terminológica en torno a estos tres ejes, de los que la dimensión cognitiva es una de las más importantes.

La base de dicha descripción, sobre todo de la dimensión lingüística, constituye el Modelo Lexemático Funcional de Martín Mingorance, gracias a sus ejes paradigmático, cognitivo y sintagmático (apartado 2.4.1, Faber & Mairal Usón 1999) que permiten organizar el lexicón de una lengua como imagen o espejo de nuestro lexicón mental. Por consiguiente, podemos considerar la organización conceptual del lexicón mental como fundamento, incluso origen, para una estructuración del lexicón de una lengua y, por extensión, de nuestro mundo, en campos conceptuales:

Onomasiological organization has many advantages, not the least of which is its similarity to the organization of our mental lexicon (Faber & Mairal Usón 1999: 81).

Estas ideas nos llevan a afirmar que:

- La dimensión cognitiva permite explicar la ubicación de cada concepto en el lexicón mental, ya se refiera éste a un conocimiento general del mundo o a un conocimiento especializado. De este modo, es decir, agrupando los conceptos y sus términos, en categorías cognitivas, podremos posteriormente localizar y describir cualquier tipo de información en forma de *modelo mental* o *evento*. En nuestro caso, concretamente el *evento oncológico* (2.4.2.2).
- La dimensión cognitiva permite además explicar, una vez que se estructura la definición de cada concepto, qué tipo de información es la más relevante. Si partimos de la base de que la estructura de la definición es un texto coherente, de él surgen elementos o momentos textuales topicalizados y otros que se encuentran focalizados, dependiendo siempre, como veremos más adelante, del tipo de usuario que sea el receptor de la definición (2.4.2.4 y 2.4.2.5). De hecho, en el futuro, las definiciones de los conceptos que se realicen pensando en su ubicación en Internet, habría que estructurarlas de tal forma que cuando un usuario se identifique, los vínculos y rutas

que se le permita seguir para consultar textos y definiciones hayan previamente seleccionado la información, de tal forma que solamente muestre la información focalizada, es decir, relevante para cada tipo de usuario<sup>24</sup>.

En los siguientes apartados, aplicaremos esta realidad cognitiva a los conocimientos que pertenecen al campo de la ONCOLOGÍA e intentaremos describir la estructuración conceptual de dicho campo, plasmada en la ontología de *OntoTerm*<sup>TM</sup>, y su organización cognitiva en categorías y esquemas que, en realidad, no son más que el reflejo de cómo se almacena y organiza el conocimiento – en este caso, médico oncológico – en la mente de los expertos. Para poder explicar mejor la ubicación cognitiva de nuestro área, comenzaremos explicando cómo funciona el editor de ontologías, así como la forma en que, en nuestras investigaciones, lo aplicamos a la descripción del evento médico.

#### 2.4.2.1. El editor de ontologías de *OntoTerm*

Uno de los retos más inmediatos en relación con el proyecto *OncoTerm* se encuentra en la optimización de la estructuración del campo<sup>25</sup> biomédico de la oncología y de las diferentes categorías que lo componen, entre ellas la de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento o el especialista (apartado 2.4.2.2). La base de datos terminológica solamente se podrá implementar con éxito<sup>26</sup> si se basa en la estructura conceptual de una ontología del mismo campo específico. Dicha ontología constituye, tal como hemos descrito en el capítulo 1, uno de los dos componentes del sistema informático *OntoTerm*<sup>TM</sup>, siendo el otro la base de datos terminológica.

La estructuración conceptual de la ontología utilizada en *OntoTerm*<sup>TM</sup> nació, como hemos mencionado más arriba, de la ontología del proyecto *Mikrokosmos*<sup>27</sup> desarrollado por el *Computing Research Laboratory (CRL)* de la *New Mexico State University* y fue adaptada a los objetivos específicos del proyecto *OncoTerm* por el Dr. Moreno Ortiz de la Universidad de Málaga (Moreno Ortiz 1998 y 2000, Moreno Ortiz & Pérez Hernández 1999 y 2000). El concepto de *ontología* en el que se fundamenta el

---

<sup>24</sup> Esta posibilidad se mostrará de forma tentativa en el capítulo 6.

<sup>25</sup> Utilizamos el concepto *campo* en el sentido de la semántica estructural.

<sup>26</sup> Nos referimos a “éxito” en el sentido de que sea utilizable en Internet mostrando un funcionamiento, en combinación con las demás herramientas integradas en el proyecto.

proyecto *Mikrokosmos* y, por extensión, *OntoTerm*<sup>TM</sup>, se entiende como una entidad informática en la que se almacena el conocimiento acerca de qué conceptos existen en el mundo y cómo se relacionan unos con otros:

...a language-independent knowledge source... for us, an ontology is a computational entity, a resource containing knowledge about what “concepts” exist in the world and how they relate to one another (Mahesh 1996: 5).

Dichas ontologías pretenden describir, de forma sistemática y gracias a la creación de un lenguaje natural, todos los conceptos o entidades que existen en el mundo, agrupados en clases, por una parte, y las relaciones que las unen, por otra parte (Nirenburg 1998).

An ontology is a database with information about

- what categories (or **concepts**) exist in the world/domain,
- what properties they have,
- and how they relate to one another (Mahesh *ibid*).

El objetivo por el que se desarrolló la ontología de *Mikrokosmos*, fue el almacenamiento sistemático de conocimiento como fundamento y punto de partida para la creación de una herramienta para la traducción automática.

El conocimiento se representa en la ontología en forma de ideas, más concretamente, conceptos, que, como tales, no dependen de ninguna lengua. Únicamente la actualización de los conceptos a través de los distintos términos de la base de datos terminológica se realiza en una lengua determinada.

Los conceptos de la ontología, clasificados, como veremos en la figura 2.8, en objetos, eventos y propiedades, no se distribuyen de forma aleatoria, sino sistemáticamente, reflejando una jerarquía que se basa en las diferentes relaciones que unen los conceptos unos con otros. Las múltiples relaciones constituyen una especie de red que forma, conjuntamente con los conceptos, el mapa o estructura conceptual del campo en cuestión. En este sentido, la importancia que cobran las relaciones parece más que obvia, sobre todo, si pensamos que todo nuestro conocimiento se basa en lo que percibimos y, más aún, cómo lo relacionamos.

---

<sup>27</sup> Para una mayor información en relación con esta ontología, remitimos a Mahesh 1996, Mahesh & Nirenburg 1995ab y 1996, Moreno Ortiz 1998 y Viegas et al. 1999.

De acuerdo con la definición que propone Mahesh (ibid) de una ontología, ésta se construye de tal forma que sea un reflejo del conocimiento sobre nuestro mundo o de partes de él y de cómo este conocimiento esté relacionado; en la ontología se almacenan, por tanto, nuestras imágenes mentales sobre dicho conocimiento y de qué modo este conocimiento se encuentre estructurado en nuestra mente.

Como mencionábamos más arriba (apartado 1.3), el componente central de *OncoTerm* constituye el sistema informático *OntoTerm*<sup>TM</sup> que, a su vez, está compuesto por dos módulos principales, el editor de ontologías (*Ontology Editor*) y el editor de la base de datos terminológica (*Termbase Editor*). Estos dos módulos permiten activar y manejar la ontología y la base de datos terminológica, respectivamente.

En el editor de ontologías se puede activar una herramienta o submódulo denominado *Full tree* gracias al que se puede visualizar el árbol conceptual de la ontología:

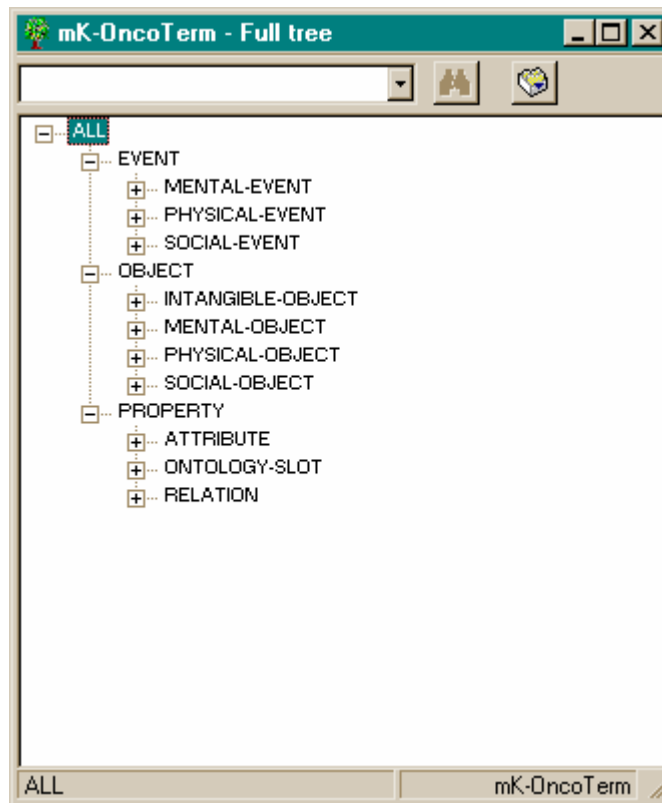


Fig. 2.8: Los conceptos genéricos en el árbol de la ontología de *OntoTerm*.

Se observa que los conceptos presentes en la ontología se clasifican en EVENTOS, OBJETOS y PROPIEDADES que son los más genéricos, de los que parten todos los

demás. Los objetos de una ontología se suelen referir a objetos reales de nuestro mundo; los eventos, en cambio, hacen referencia a estados de cosas que muestran o implican un cambio en el tiempo, como veremos más abajo; las propiedades son conceptos que se caracterizan (a) por pertenecer a la estructura jerárquica de la ontología como cualquier otro concepto y (b) por cumplir una función especial, la de definir los objetos y los eventos (Moreno Ortiz 2001).

A través del editor de ontología (*ontology editor*) se accede a la estructura conceptual del conocimiento en forma de una lista de conceptos donde, al marcar un concepto, éste aparece acompañado de una definición, entre otros datos, lo que se puede observar en el ejemplo de *procedimiento diagnóstico* que se muestra a continuación:

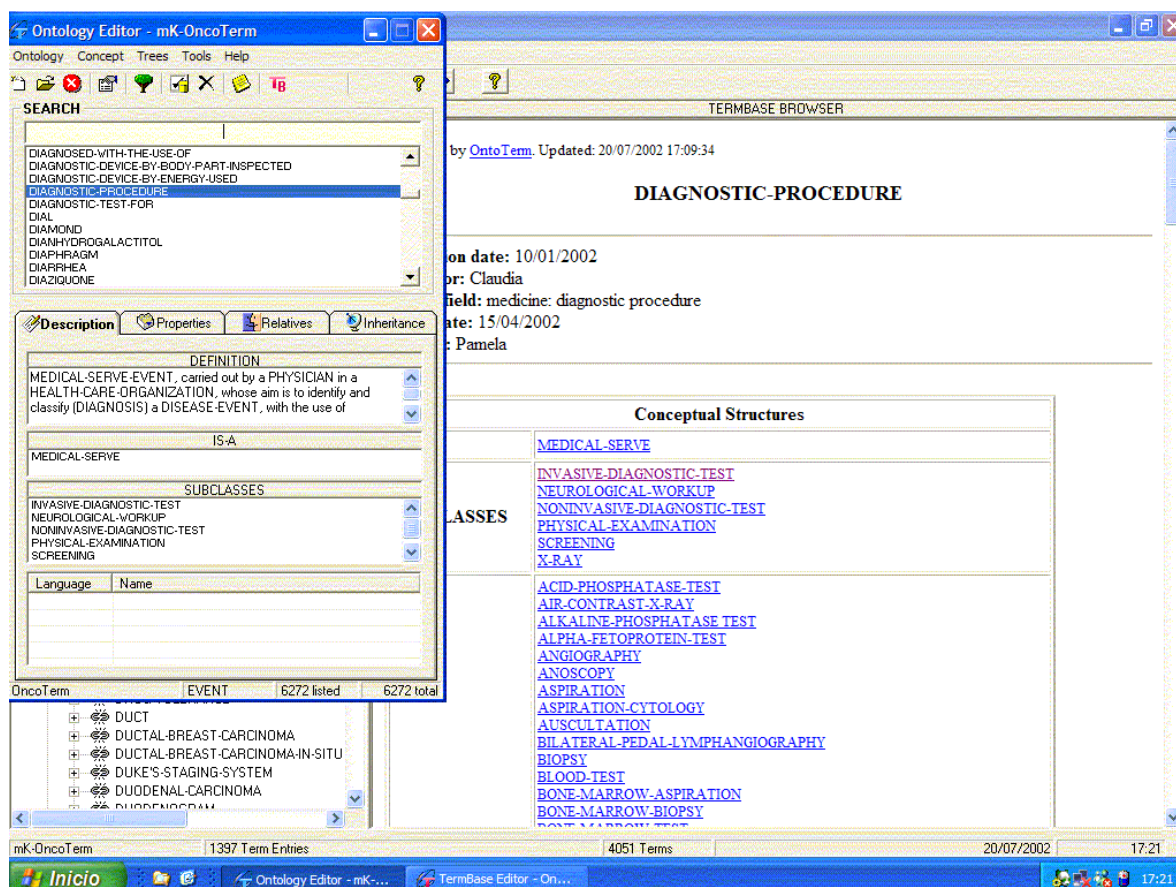


Fig. 2.9: El *Ontology Editor* con el concepto *diagnostic procedure*.

En la parte izquierda de la figura se muestra el *Ontology Editor* con el concepto *diagnostic procedure* resaltado en una lista de conceptos en orden alfabético. Aparece acompañado de una descripción – su definición – en el centro de la imagen del editor,

de sus propiedades, relaciones y herencia. Con la indicación de *IS-A* se especifica el concepto superordinado; debajo de la descripción se muestran, en la pestaña *subclasses*, los conceptos subordinados a *diagnostic procedure*. Así, cada concepto figura no solamente con su definición, sino con otros datos esenciales que forman vínculos hacia los demás conceptos, sobre todo en forma de *relaciones*. A la derecha, vemos una parte de la información sobre el concepto *diagnostic procedure* en el *Termbase Browser*, la aplicación *HTML* de la base de datos terminológica.

También se pueden activar dos submódulos: el primero (*full tree*) sirve, como hemos apuntado más arriba (fig. 2.8), para visualizar el árbol conceptual de la ontología, bien de forma completa, bien mostrando partes de él. El segundo submódulo ofrece la función de añadir nuevos conceptos (*Add Concept*):

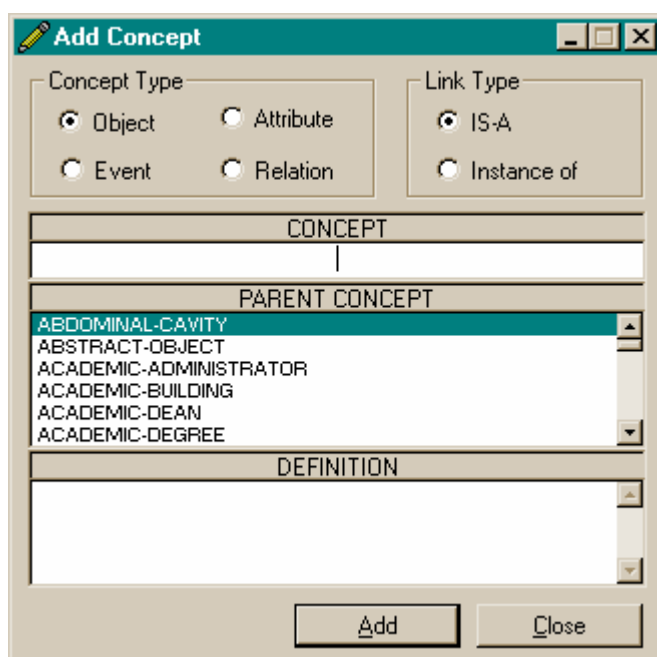


Fig. 2.10: Submódulo para la inclusión de nuevos conceptos.

Antes de incluir un concepto, es imprescindible marcar el tipo de concepto del que se trate, que puede ser, tal como se aprecia en la figura 2.10, OBJETO, EVENTO, ATRIBUTO o RELACIÓN, y elegir el concepto superordinado (*parent concept*). De esta forma, el nuevo concepto ocupa un lugar definido de la estructura conceptual.

Dentro del grupo de los *eventos* se ubica el *evento médico* y, dentro de éste, el *evento médico oncológico*. Veamos en qué nivel de especificidad se localiza el subcampo elegido por nosotros, *diagnostic procedure*:

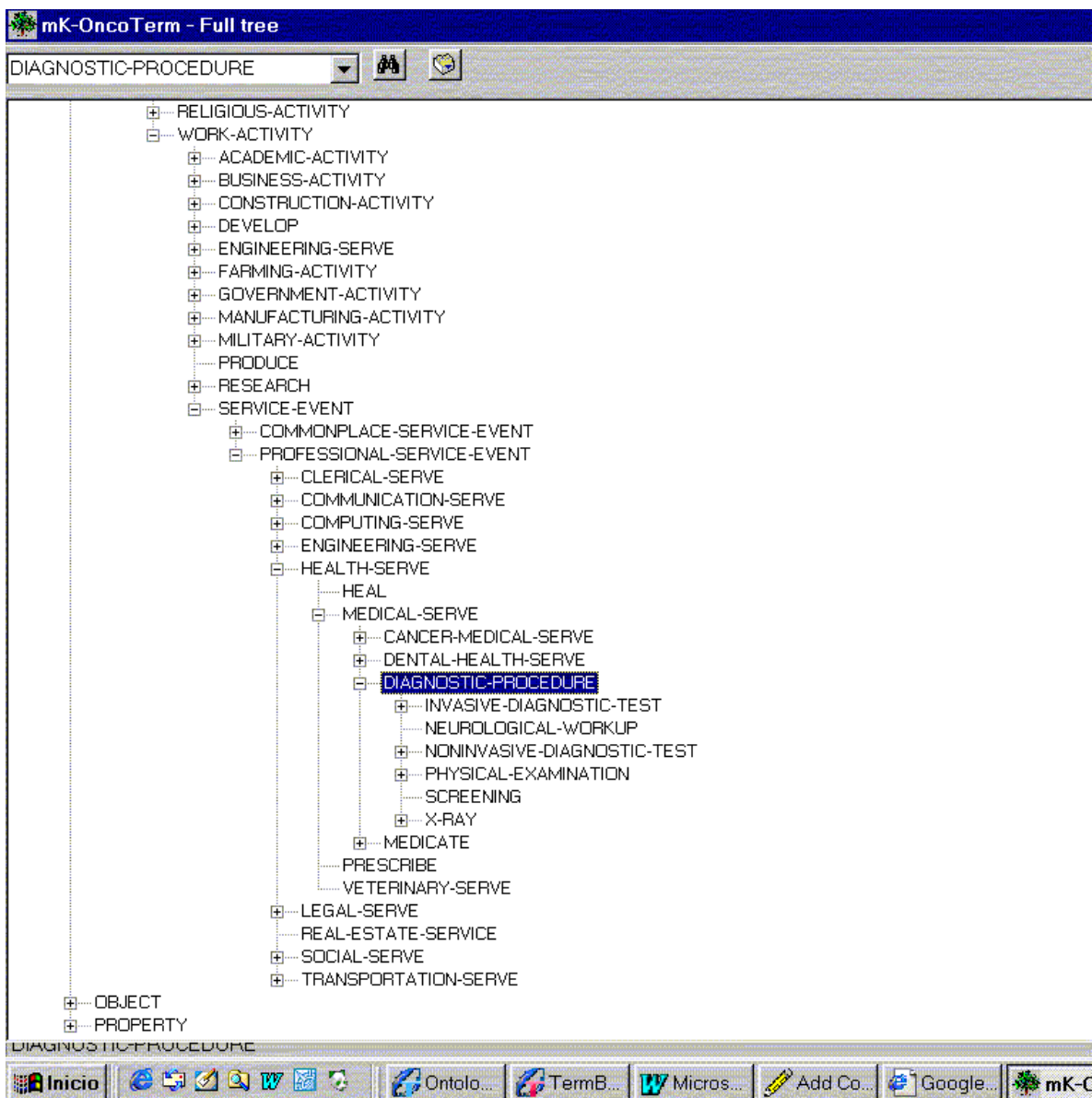


Fig. 2.11: *Diagnostic procedure* en la ontología de *OntoTerm*.

Dado que el conocimiento plasmado en la ontología aparece en forma de conceptos acompañados cada uno por una definición, ésta se convierte en uno de los pilares de la ontología – conjuntamente con la propia estructura conceptual del conocimiento – y, por consiguiente, del evento médico, en general, y del evento oncológico, en particular.

En el siguiente apartado, antes de dedicarnos al *evento oncológico* y sus categorías conceptuales, describiremos brevemente lo que entendemos por *evento médico* ya que es el origen y la base del *evento oncológico*.



#### 2.4.2.2. El evento médico y sus categorías

Comenzaremos por describir el *evento*<sup>28</sup> en tanto como entidad más genérica, hiperónimo del concepto de *evento médico*. Nos basamos, como hemos apuntado antes, en Moreno Ortiz (2001) quien describe el evento de la siguiente forma:

Los eventos ontológicos suelen hacer referencia a estados de cosas cambiantes en el tiempo. Los predicados verbales de las lenguas casi siempre se corresponden con un EVENT, así como la mayoría de los sustantivos deverbales: “movimiento”, “natación”, “estancia”, etc. (Moreno Ortiz 2001).

En este sentido, lo entendemos, pues, como:

*un acontecimiento más o menos complejo que se desarrolla en un momento determinado y que tiene cierta duración.*

Dado que el proyecto de investigación *OncoTerm* del que formamos parte explica el *evento médico oncológico*, el primer paso y condición previa antes de la elaboración de una ontología sobre este campo específico consistió en la distribución de los lexemas relevantes de un diccionario sobre el cáncer (*The Cancer Dictionary* de Altmann & Sarg) según sus archilexemas, es decir, en el caso del término *carcinoma*, por ejemplo, era una (*IS-A*) enfermedad, la *endoscopia* un método de diagnóstico, la *laparotomía* un tipo de tratamiento, etc. Mediante el análisis previo de los lexemas que consistía en la verificación de las definiciones que ofrecía el propio *The Cancer Dictionary*, complementándolas gracias a las búsquedas en otras fuentes tales como otros diccionarios médicos y páginas *web*, fue posible adjudicar cada uno de los términos a un subcampo determinado (*tratamiento, método de diagnóstico, instrumento, etc.*), las denominadas *categorías* (Faber 1999, 2000, 2002 y en prensa, Faber & Mairal Usón 1999, Mairal Usón & Faber 2002) como veremos más adelante. Únicamente después de analizar todas las unidades terminológicas relevantes del campo de la oncología, se pudo proceder a la clasificación de dichas unidades según los distintos subcampos oncológicos que se iban presentando a lo largo de los análisis. Se trataba, pues, de comprobar empíricamente que los términos analizados se clasificaban según ciertas

---

<sup>28</sup> La ontología de *Mikrokosmos* (véase 2.4.2.1) define EVENT como “any activity, action, happening or situation”.

*categorías* y no otras. De todas formas, las categorías no existían como tales *a priori*, sino que se iban creando conforme avanzaban los análisis de los términos. Se repartieron así 2500 términos entre los miembros del grupo para la consiguiente elaboración de la ontología. De esa distribución según si la unidad terminológica pertenecía a un determinado grupo de términos, surgieron, como acabamos de apuntar, una serie de subtemas o subcampos (*categorías*) dentro del campo de la oncología sin cuya consideración dicho campo no estaría completo. En este sentido, el acontecimiento *per se* del campo de la oncología, es decir, el diagnóstico o el tratamiento realizado en un paciente con vistas a su mejora o restablecimiento, se presenta como *evento* complejo organizado mediante una serie de subcampos o *subeventos*, las llamadas *categorías*. Cada *evento médico* muestra, de acuerdo con la definición de *evento* que hemos facilitado más arriba, cierta complejidad y duración y se desarrolla en un momento determinado, representando un tipo de conocimiento concreto de una parcela del saber sobre el mundo, con unas categorías determinadas.

Resumiendo lo que acabamos de describir, el *evento médico*, basándose en la estructuración jerárquica de un acontecimiento, está compuesto por una serie de categorías interrelacionadas que determinan la estructura de dicho evento y que pueden presentar cambios. Más adelante veremos que la presencia de una determinada categoría u otra determina si se trata de un tipo de evento oncológico o de otro.

Por su parte, el concepto de *categoría* nos lleva a los estudios de diferentes autores de los que vamos a mencionar los que consideramos más relevantes en relación con nuestro tema.

Ya Wittgenstein explicaba que la información se almacenaba en la mente en forma de *categorías* y que éstas se caracterizaban por su  *semejanza de familia* (Wittgenstein 1953 *apud* Jiménez Hurtado 2000, 2001). En concreto, la categoría estaba compuesta por una serie de elementos que se encontraban cada uno a cierta distancia – unos más cerca y otros más lejos – del centro de la categoría, representado por un *prototipo* (apartado 2.3, Taylor 1995, Rosch 1978).

Rosch et al. (1976) clasifican los conceptos que forman parte de una categoría, en tres niveles: el nivel superordinado, el nivel de base y el nivel subordinado. Según estos autores, el nivel básico es el elemento típico de la categoría, el llamado *prototipo*, que es fácilmente reconocible e identificable por el usuario del lenguaje y, por tanto, se puede considerar como el concepto representativo de una categoría que, a su vez, es la

representación cognitiva de un campo concreto (Márquez Linares en prensa). La siguiente tabla muestra la posibilidad de estructurar los tres niveles en un ejemplo del área elegida por nosotros, el diagnóstico en la oncología:

NIVELES DE CATEGORIZACIÓN	CONCEPTOS
nivel superordinado	método diagnóstico
nivel de base o PROTOTIPO	RADIOGRAFÍA
nivel subordinado	histerografía

Tabla 2.10: Niveles de categorización, aplicados según Rosch et al. 1976.

En nuestro ejemplo, tenemos como concepto prototípico la *radiografía* que, efectivamente, ocupa un lugar importante en el campo de los diagnósticos al ser el método diagnóstico *per se* del que cualquier usuario tiene almacenada una imagen mental. Parece obvio que de la *histerografía*, uno de los conceptos subordinados de *radiografía*, aparte de los profesionales de la salud, muy pocas personas disponen de la correspondiente imagen mental para poder comprender dicha técnica. El concepto superordinado, sin embargo, al ser muy genérico, prácticamente no admite la creación y almacenamiento de tales imágenes (Rosch et al.1976).

Estas ideas de Rosch (ibid) respecto a imágenes que provocan los conceptos de los que se compone la *categoría* y que podamos almacenar en la mente y recuperar en cualquier momento, son precisamente el principio de funcionamiento de la ontología de *OntoTerm*<sup>TM</sup>.

La representación cognitiva de un evento se realiza a lo largo de una serie de momentos subordinados a él y que se constituyen en una serie de *sub* o *microeventos*, las llamadas *categorías conceptuales* (Faber 1999 y en prensa). Las categorías, por su parte, consisten, como ya hemos explicado más arriba, en un determinado número de conceptos interrelacionados. De este modo, el evento constituye una representación de conocimiento más amplia que una categoría y la configuración de conocimiento más pequeña estaría reflejada en el concepto. De este modo, los conceptos pertenecen a una categoría y ésta, a su vez, a un evento determinado o, en palabras de Faber (2000), cada dominio especializado se compone de una serie de categorías interrelacionadas y estructuradas de forma sistemática:

Cualquier acto de comunicación tiene que ubicarse dentro de un contexto más general que contempla la estructuración e interrelación de las categorías que integran el dominio especializado (Faber 2000:13).

Las categorías varían según el tipo de evento, es decir, dependiendo de la especialidad de la que se trate; en este sentido, el *evento médico* se caracteriza por una serie de categorías que, evidentemente, cambian y se adaptan en el caso de su aplicación a una determinada especialidad médica.

En la siguiente figura (fig. 2.12) se muestra el esquema relacional del *evento médico*<sup>29</sup> con los microeventos o *categorías* más importantes que componen su estructura conceptual y las relaciones que los unen unos a otros:

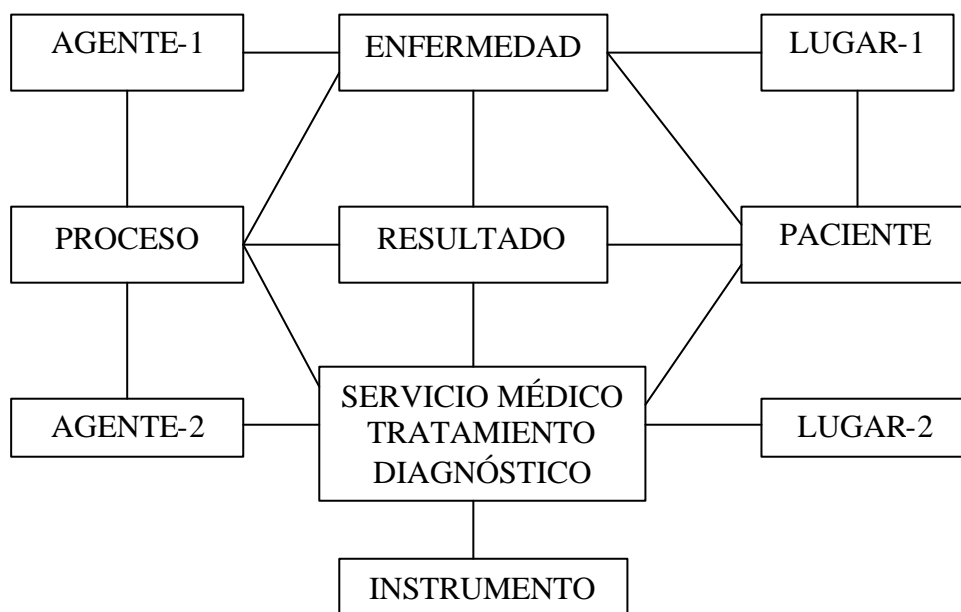


Fig. 2.12: Esquema relacional con las categorías conceptuales del EVENTO MÉDICO (cfr. Faber 2000).

A través del esquema relacional o marcos (*frames*) en el sentido de Fillmore (Grupo de Investigación OncoTerm 2002) del evento médico se visualizan, como acabamos de mencionar, las categorías conceptuales potencialmente presentes en un evento perteneciente a este campo concreto, así como la forma de relacionarse unas con otras. Las relaciones entre las categorías han sido poco estudiadas hasta ahora aunque somos

<sup>29</sup> En Faber 1999 y Faber et al. 2001 y Grupo de Investigación OncoTerm 2002 se encuentra una descripción detallada del evento médico.

conscientes de que forman la base de la representación del conocimiento. Así, se puede observar en la figura 2.12 que las categorías no aparecen de forma aislada, sino entrelazados mediante flechas y líneas, de modo que todo el conjunto conceptualiza un suceso que se desarrolla en el campo de la medicina. En dicho esquema relacional aparece un AGENTE-1 que sería el agente que causa una enfermedad; el PROCESO llevado a cabo bien por el agente-1 o el AGENTE-2 que representa al médico responsable del TRATAMIENTO o DIAGNÓSTICO en los que se utiliza un INSTRUMENTO. La ENFERMEDAD afecta a un PACIENTE al desarrollarse en alguna parte de su cuerpo (LUGAR-1); el tratamiento o procedimiento diagnóstico se llevan a cabo en un hospital (LUGAR-2) y tienen un RESULTADO que, en el caso de un tratamiento, puede ser la recuperación del enfermo. Tanto el DIAGNÓSTICO o TRATAMIENTO como el RESULTADO afectan al PACIENTE.

Estas categorías son variables y cambian, como hemos apuntado más arriba, según el evento concreto, pudiendo, por ejemplo, desaparecer la categoría INSTRUMENTO en el caso de que, en el tratamiento o método de diagnóstico en cuestión, no se utilice ninguno. En la siguiente tabla, mostramos el conjunto de las relaciones más importantes codificadas en el evento médico (Faber 2000):

CATEGORÍA	RELACIÓN	CATEGORÍA
AGENTE-1 [virus, factores medioambientales]	<b>CAUSA-DE</b>	ENFERMEDAD [tumor]
AGENTE-1 [virus, factores medioambientales]	<b>CAUSA-DE</b>	PROCESO [evento de la enfermedad]
ENFERMEDAD [tumor]	<b>TIENE-UN</b>	PROCESO [evento de la enfermedad]
PROCESO [evento de la enfermedad]	<b>TIENE-UN</b>	RESULTADO [desaparición/aumento del tumor]
ENFERMEDAD [tumor]	<b>TIENE-UN</b>	RESULTADO [cura/muerte del paciente]
LUGAR-1 [parte del cuerpo]	<b>LUGAR-DE</b>	ENFERMEDAD [tumor]
PACIENTE	<b>TIENE-UN</b>	LUGAR-1 [parte del cuerpo]
RESULTADO [cura/ muerte del paciente]	<b>AFECTA A</b>	PACIENTE
TRATAMIENTO	<b>AFECTA A</b>	PACIENTE
ENFERMEDAD [tumor]	<b>AFECTA A</b>	PACIENTE/TUMOR
AGENTE-2 [profesional de la salud]	<b>INICIADOR-DE</b>	DIAGNÓSTICO/ TRATAMIENTO
INSTRUMENTO [endoscopio]	<b>INSTRUMENTO-DE</b>	DIAGNÓSTICO/ TRATAMIENTO
LUGAR-2 [hospital]	<b>LUGAR-DE</b>	DIAGNÓSTICO/ TRATAMIENTO

Tabla 2.11: Categorías del EVENTO MÉDICO y sus relaciones (según Faber 2000).

Destaca el hecho de que sin las relaciones que unen todas estas categorías, no se podría percibir el evento médico como un acontecimiento o acción que tiene lugar en el mundo en un momento concreto y que ocurre en un tiempo determinado, es decir, seríamos incapaces de comprender el evento. Las categorías con sus relaciones forman la estructura básica, una especie de red que representa el evento como una unidad.

En la siguiente tabla aparece la totalidad de las posibles categorías que pueden aparecer en un evento médico:

- SINTOMA
- FARMACO
- EFECTO SECUNDARIO
- FACTOR DE RIESGO
- PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO
- PARTE DEL CUERPO
- ENFERMEDAD
- TRATAMIENTO
- INSTRUMENTO
- ESPECIALISTA
- HOSPITAL

Tabla 2.12: Categorías conceptuales en el EVENTO MÉDICO (Grupo de Investigación OncoTerm 2002).

Como acabamos de mencionar, las categorías no tienen por qué darse todas en un mismo evento médico, sino sólo algunas de ellas. Si, por ejemplo, un determinado tratamiento no requiere fármaco alguno y no conlleva efectos secundarios o si un método diagnóstico no conlleva factores de riesgo, dichas categorías no formarían parte del modelo mental de dicho evento médico, esto es, no ocuparían ningún espacio cognitivo en el esquema en cuestión.

Dado que la especialidad médica de la que nos ocupamos es la oncología, nos interesa un tipo específico del evento médico, que se aplica a dicha especialidad, el *evento oncológico*. La categoría de ENFERMEDAD es la única que cambia en este evento concreto, ya que se sustituye por un tipo concreto de enfermedad: TUMOR, manteniéndose el resto de las categorías:

- SINTOMA
- FARMACO
- EFECTO SECUNDARIO

- FACTOR DE RIESGO
- PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO
- PARTE DEL CUERPO
- TUMOR
- TRATAMIENTO
- INSTRUMENTO
- ESPECIALISTA
- HOSPITAL

Tabla 2.13: Categorías conceptuales en el EVENTO ONCOLÓGICO.

De entre todas las categorías del *evento oncológico* centraremos nuestra atención en la del PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO, con el propósito de analizar las diferentes partes o subcategorías de las que se compone esta categoría. Dichas subcategorías nos permitirán elaborar una estructura de la definición que sea aplicable al conjunto de los conceptos de la categoría de PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO. Este modelo de definición ofrecerá la posibilidad de incluir la información pragmática necesaria dependiendo del tipo de usuario que quiera consultar la página *web* de *OntoTerm*<sup>TM</sup>.

#### **2.4.2.3. La macrocategoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Esquema básico para una definición pragmática**

En el apartado anterior hemos mencionado que, a lo largo de los análisis realizados con las unidades terminológicas relevantes extraídas de *The Cancer Dictionary* (Altman & Sarg) se pudieron observar determinadas categorías propias del *evento oncológico* a las que se adjudicaron dichas unidades léxicas (tabla 2.13). Por tanto, una categoría es en realidad un conjunto de unidades léxicas que responden a un tipo de conocimiento determinado y ese conocimiento concreto – nuestro conocimiento se estructura básicamente en conceptos y relaciones – está agrupado en torno a otro tipo de relaciones determinadas. Todas y cada una de las categorías y los conceptos que se agrupan en ellas se relacionan entre sí, de una forma más directa con los que tiene más cerca y de forma más indirecta con los que están cognitivamente más alejados, de modo que muestran el mismo tipo de relaciones que los unen. Gracias al análisis de las unidades



terminológicas de cada categoría, pudimos observar que el tipo de información y las relaciones conceptuales incluidos en cada definición se repetían en cuanto a los términos de una misma categoría. Se iba perfilando así una misma estructura aplicable a un grupo de unidades léxicas o categoría, esto es, el *esquema categorial* o *template* (Faber 1999, 2000, 2002).

Como nuestro objetivo es el análisis de una categoría determinada del evento oncológico, en concreto, la de PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO, nos interesan las relaciones presentes precisamente en esta categoría. Las relaciones intracategoriales o *templates* (Faber *ibid*, Faber & Mairal Usón 1998) de *procedimiento diagnóstico* son propias de esta categoría y no de otra, teniendo determinadas cada una sus relaciones. Este será nuestro punto de partida para elaborar un sistema de representación de la definición terminológica.

En este sentido, pudimos constatar que, independientemente del tipo concreto de *procedimiento diagnóstico*, al ir elaborando las definiciones, cualquiera de ellas cumplía una serie de requisitos en los que se fundamenta su razón de ser. Los conceptos que pertenecen a esta categoría, muestran, por tanto, un mismo esquema de relaciones:

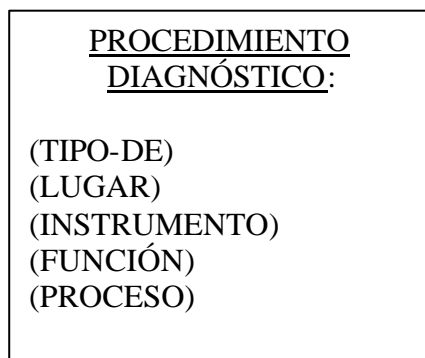


Tabla 2.14: Esquema de la categoría de PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (Grupo de Investigación OncoTerm 2002).

Se pudo observar que en las definiciones de los conceptos que pertenecen a la categoría de *procedimiento diagnóstico* siempre surgía el mismo tipo de información, de modo que este esquema (tabla 2.14) se podrá aplicar y utilizar para la elaboración de las definiciones de los conceptos de toda esta categoría, exceptuando algún cambio mínimo en el esquema como en el caso de los métodos de diagnóstico para los que no se utiliza ningún instrumento.

El conjunto de las informaciones conceptualizadas en dicho esquema se puede convertir en un metalenguaje aplicable a cada uno de los conceptos de la categoría. El esquema que serviría de base para la definición de dichos conceptos, se leería de la siguiente forma:

*X es un TIPO DE procedimiento diagnóstico que se realiza en un LUGAR del cuerpo, con un INSTRUMENTO, para detectar algo (FUNCIÓN) y se hace así (PROCESO).*

De esta forma, se ofrece un camino hacia la elaboración de un vocabulario restringido a la vez que altamente económico y productivo (Grupo de Investigación OncoTerm 2002). Dicho vocabulario comprende tanto los términos propiamente dichos, como el resto del vocabulario utilizado para la construcción de la definición. Así se consigue que la definición sea un texto estructurado de forma sistemática en el que se refleje un léxico controlado adaptable a cualquier tipo de receptor y situación comunicativa. A lo largo del capítulo 5 veremos de qué modo podemos reunir dicho léxico, en nuestro caso de tipo oncológico, para su utilización en la elaboración de las definiciones dirigidas a un receptor definido. De cualquier forma, partiremos del esquema de la categoría que acabamos de presentar (tabla 2.14), donde se insertarán las informaciones encontradas en relación con los diferentes métodos de diagnóstico. Dentro de la estructura de la definición incluiremos la información básica que se fundamenta principalmente en las relaciones que aparecen en el esquema categorial (TIPO\_DE, LUGAR, INSTRUMENTO, FUNCIÓN, PROCESO), por una parte, y la información que consideremos de naturaleza pragmática, por otra (cap. 5 y 6).

En cuanto a la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO que llamaremos *macrocategoría* por estar compuesta, a su vez, de una serie de subcategorías, destacan determinadas relaciones entre las que se encuentran las que son de tipo semántico, pero también de tipo pragmático:

## MACROCATEGORÍA PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

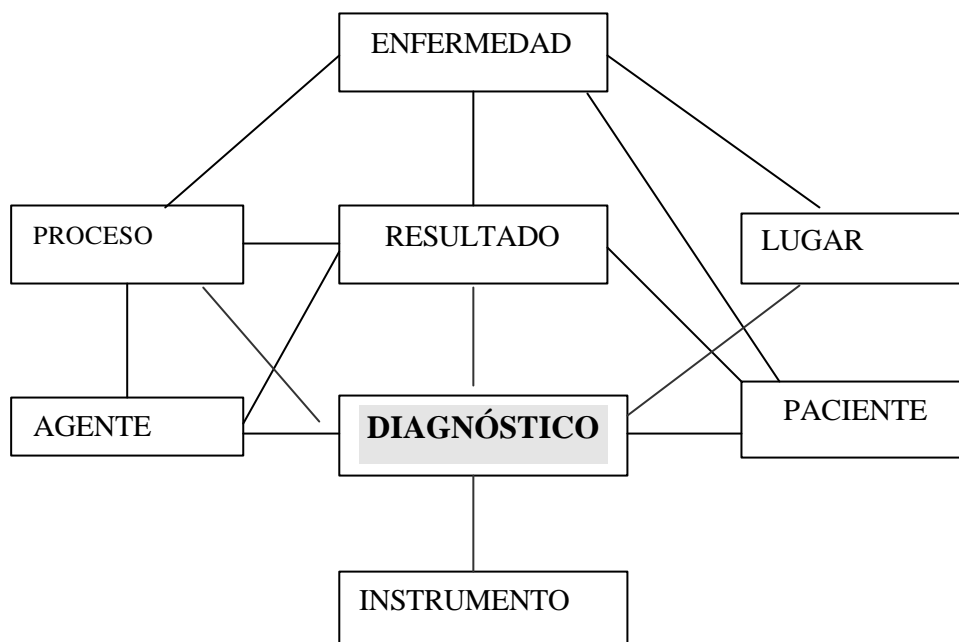


Fig. 2.13: Esquema relacional de la macrocategoría *procedimiento diagnóstico*.

Veamos cada una de estas relaciones pragmáticas, que en el capítulo 6 se incorporarán a la estructura de la definición:

- La relación **DIAGNÓSTICO – INSTRUMENTO**. Esta relación codifica los distintos tipos de instrumento (*endoscopio, trocar, espéculo, etc.*) que se pueden usar durante la intervención en la que se va a intentar averiguar un diagnóstico determinado.
- La relación **DIAGNÓSTICO – PROCESO** por su parte codifica datos que caracterizan la intervención en tanto que proceso, como por ejemplo el tipo de anestesia necesaria para la realización de un determinado procedimiento diagnóstico, la duración de la misma, la toma de una prueba de tejido para una biopsia, etc.

- La relación DIAGNÓSTICO – LUGAR se refiere a la parte concreta del cuerpo afectada por la enfermedad, que, como sabemos, se trata de algún tipo de tumor. En esta relación se activan las informaciones pragmáticas referentes a factores tales como si el paciente va a sentir alguna molestia, dolor, etc. que, además, es la información más relevante o interesante para el paciente en general.
- La relación DIAGNÓSTICO – RESULTADO codifica las informaciones en cuanto a los posibles resultados que se esperan conseguir mediante una determinada exploración. En esta relación se incluye, por ejemplo, el grado de fiabilidad de la prueba en cuestión o la gravedad del estado del paciente.
- La relación DIAGNÓSTICO – PACIENTE ocupa un lugar decisivo ya que la categoría PACIENTE, por un lado, forma parte del evento oncológico y, por otra parte, el paciente es el usuario hipotético de la definición donde se representa el conocimiento experto. Con su perfil de usuario prototípicamente no experto probablemente necesite una definición en la que todas las categorías y relaciones – sobre todo las pragmáticas – tengan que estar presentes.

Hasta hace relativamente poco tiempo, construir una definición seguía siendo una especie de trámite con la única función del reconocimiento afuncional, no estructurado del término. Consideramos, no obstante, que la estructuración de cada definición supone representar una forma de percibir y comprender la realidad codificada en el término. De este planteamiento se deduce que la estructura de la definición tiene que responder a las necesidades de adquisición, memoria y recuperación del potencial del usuario. En este sentido, la definición no sólo refleja información en torno a una unidad terminológica concreta, sino también sobre la estructura conceptual, en concreto, el *evento* al que pertenece esta unidad. Por otro lado, también tiene que ofrecer el tipo y la cantidad de información, dependiendo del conocimiento previo del usuario prototípico.

Antes de ofrecer una descripción de la organización conceptual del evento oncológico, reflejada en la ontología de *OntoTerm*<sup>TM</sup>, que nos va llevando desde el concepto genérico de *evento* hasta un tipo concreto de *procedimiento diagnóstico* tal como la *endoscopia* (apartado 2.4.2.5), mostrando en sus definiciones información dada

(tópico) así como conocimiento nuevo (foco), veremos de qué forma sirven los conceptos de tópico y foco para la codificación de la perspectiva funcional en la definición de la unidad léxica, entendida ésta como texto inmerso en una situación comunicativa.

#### 2.4.2.4 La perspectiva funcional de la oración en la definición de las unidades léxicas

Un aspecto relevante en relación con la dimensión cognitiva de la unidad léxica es la conceptualización y codificación de la perspectiva funcional en la oración de la definición de las unidades léxicas (Jiménez Hurtado 2001). En su estudio, Jiménez Hurtado se apoya en el filósofo del lenguaje Ducrot (1972, 1984) quien considera el discurso como una “realidad de sentido compartido” por lo que forma claramente parte de la pragmática.

Entre otros logros aportados por su *Teoría de la Argumentación*, Ducrot distingue dentro de la información de un discurso determinado entre lo *sobreentendido*, lo *presupuesto* y lo *afirmado* o *expuesto*. Estas tres clases de información, aplicadas al estudio del campo léxico, corresponderían, en el mismo orden, a la *dimensión*, el *definiens* y la *información focalizada en la definición de un lexema*. En la tabla siguiente vemos, además, las diferencias terminológicas acerca de estos conceptos entre la semántica cognitiva y la semántica estructural:

SEMÁNTICA COGNITIVA	SEMÁNTICA ESTRUCTURAL
CATEGORÍA o DOMINIO	CAMPO LÉXICO
SUBDOMINIO	DIMENSIÓN
prototipo	archilexema
lexema <sub>n</sub> = definición	lexema <sub>n</sub> = definiens + información focalizada

Tabla 2.15: Metalenguaje contrastivo entre la Semántica Cognitiva y la Semántica Estructural.

El concepto *dimensión* se refiere a la información supuesta dentro de un campo léxico donde la información de cada unidad léxica adquiere sentido (Jiménez Hurtado 2001:

110). El *definiens* es una especie la estructura semántica compartida dentro de la unidad léxica por la que ésta pertenece a una *dimensión* de un campo dado. Con la *información focalizada en la definición de un lexema* se justifica la creación de la propia unidad léxica. Este tipo de información suele coincidir con los elementos pragmáticos. Veamos la aplicación de estas ideas a un concepto perteneciente al subcampo PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO:

**PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO** (DIMENSIÓN / CATEGORÍA)

**endoscopia** procedimiento diagnóstico oncológico invasivo (DEFINIENS) que se realiza mediante un endoscopio (INFORMACIÓN FOCALIZADA 1). Se pueden tomar muestras de tejido para una biopsia (INFORMACIÓN FOCALIZADA 2).

Jiménez Hurtado (ibid) llega a la conclusión de que el campo léxico, al reflejar los esquemas pragmático-discursivos de los textos, se convierte en un discurso lleno de informaciones acerca de cómo los hablantes de una comunidad “perciben ese fragmento de realidad”, lo valoran, etc.

Cada campo, además de constituir una gramática en sí, refleja una posibilidad de cómo interactuar en la comunidad de la que la lengua es expresión (ibid: 111s.).

Las informaciones pragmáticas, pues, hacen posible que un campo léxico se organice según la forma en que esté estructurada esa parcela o área de conocimiento en esa comunidad. Gracias a ellas, el campo léxico o dominio no se convierte en una colección artificial de palabras aisladas, sino en una herramienta útil en manos del hablante de una lengua, cuya estructura es el reflejo de una comunidad o cultura. De esta forma, podemos crear el componente pragmático y ubicarlo en la definición de la unidad léxica.

Cada definición lexemática y lexicológica se convierte así en un microdiscurso que se caracteriza por la dinámica de la inmersión de una serie de tópicos y focos como unidades pragmáticas de información (ibid: 112).

La aplicación de estas ideas, en concreto, el descubrimiento de la importancia de los tópicos y focos como unidades pragmáticas de información, permite la incorporación de dichos tópicos y focos en el análisis y la construcción de la definición (tabla 2.17).

DISCURSO	CAMPO LÉXICO	SISTEMA LEXEMÁTICO DE TÓPICOS / FOCOS EN LA ESTRUCTURA DE LA DEFINICIÓN
<i>SOBREENTENDIDO:</i> Información supuesta desde la que parte el <i>discurso</i> y que le da sentido al enunciado. El primer contexto cognitivo.	<i>MACROCAMPO:</i> Información supuesta dentro del <i>campo léxico</i> . Marco donde la información de cada lexema tiene sentido.	<i>PRIMER MACROTÓPICO:</i> Información supuesta dentro del <i>lexema</i> , que determina la pertenencia de un lexema a un macrocampo.
<i>PRESUPUESTO:</i> Información dada y aceptada por los interlocutores que se puede actualizar en un momento dado del discurso.	<i>CAMPO / DEFINIENS:</i> Estructura semántica dada y aceptada dentro de la macrorred semántica.	<i>TÓPICO:</i> Información dada y aceptada acerca de la pertenencia del lexema a un campo.
<i>EXPUESTO:</i> Aportación informativa nueva dentro del discurso.	<i>INFORMACIÓN FOCALIZADA EN UN CAMPO</i> Clasemas de modificación de la estrategia comunicativa.	<i>NUEVO TÓPICO O FOCO:</i> Justificación de la creación del propio lexema. Aportación informativa nueva dentro del lexema.

Tabla 2.16: Esquema de tópicos y focos propuesto por Jiménez Hurtado (2001: 112).

Podemos intuir que el sistema lexemático de focos que se van convirtiendo posteriormente en tópicos, compaginado tanto con los postulados del discurso como con los del campo léxico, permite detectar y adjudicar los distintos tópicos y focos a sus respectivos campos, subcampos, etc. Por consiguiente, podremos aplicar esta teoría al campo específico que nos ocupa, el PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO. A continuación, mostraremos un ejemplo de definiciones construidas de acuerdo con las ideas reflejadas en la tabla 2.16 del esquema de tópicos y focos:

<p><b>MACROCAMPO:</b> EVENTO MÉDICO <b>SUBCAMPO:</b> EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO <b>ARCHILEXEMA:</b> PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO</p> <p><b>procedimiento diagnóstico</b> exploración (TÓP<sup>1</sup>) de una parte del cuerpo (TÓP<sup>2</sup>) para detectar una enfermedad (FOC<sup>1</sup>).</p> <p><b>procedimiento diagnóstico oncológico</b> procedimiento diagnóstico (TÓP<sup>1</sup>) para detectar un <u>tumor</u> (FOC<sup>1</sup>).</p> <p><b>procedimiento diagnóstico oncológico invasivo</b> procedimiento diagnóstico oncológico (TÓP<sup>1</sup>) que se realiza <u>mediante la introducción de un instrumento en el cuerpo (apertura natural o artificial)</u> (FOC<sup>1</sup>).</p> <p><b>endoscopia</b> procedimiento diagnóstico oncológico invasivo (TÓP<sup>1</sup>) <u>que se realiza mediante un endoscopio</u> (FOC<sup>1</sup>). <u>Se pueden tomar muestras de tejido para una biopsia</u> (FOC<sup>2</sup>).</p> <p><b>histeroscopia</b> endoscopia (TÓP<sup>1</sup>) <u>del útero</u> (FOC<sup>1</sup>) <u>que se realiza mediante un histeroscopio</u> (FOC<sup>2</sup>) para detectar un <u>cáncer de útero</u> (FOC<sup>3</sup>).</p>
---

Tabla 2.17: El archilexema *procedimiento diagnóstico* y parte de su campo conceptual: tópicos y focos.

En este ejemplo la información supuesta se indica como topicalizada y la información nueva, a su vez, como focalizada, por lo que aparece subrayada. En este extracto del campo conceptual de PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO se aprecia que el foco de la definición del término genérico se convierte, en la definición del término específico, en tópico y la información nueva, esto es, la focalizada en cada término subordinado, aparece, por consiguiente, como foco al final de la definición.

En el siguiente apartado se muestran las posibilidades de codificar los tópicos y los focos en las definiciones de los conceptos de la macrocategoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO y de qué forma la definición va llevando al usuario desde datos ya sabidos por él hacia conocimientos nuevos.

#### 2.4.2.5. Focos y tópicos en el PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

En la descripción que sigue, veremos esquemáticamente la forma de llegar, desde la categoría más genérica de la ontología, el *evento*, hasta la más específica, el



*procedimiento diagnóstico* que se divide, a su vez, en el *procedimiento diagnóstico invasivo* y el *procedimiento diagnóstico no invasivo*. Podremos observar la forma en que está ubicada cada información en la ontología, esto es, las relaciones entre la información incluida en la definición de un concepto y la definición del concepto genérico o superordinado. Conforme se va avanzando en el recorrido de la categoría, la información nueva (*foco*) en la definición del concepto genérico se convierte, de acuerdo con las descripciones en el apartado 2.4.2.4, en información dada (*tópico*) de la definición del concepto específico o subordinado (figura 2.14).

Si realizáramos un recorrido cognitivo-conceptual, desde la información más general hasta la más específica, es evidente que comenzaríamos por el EVENTO que constituye uno de los tres grupos de conceptos genéricos o primitivos de los que se compone nuestra ontología. Este supone el marco cognitivo más amplio donde se ubica la información sobre el campo del saber que nos ocupa. Uno de los hijos o conceptos específicos de *evento* es el *evento médico*.

El *evento médico* se puede considerar como contexto cognitivo algo más restringido que el anterior donde se ubica, como una de muchas especialidades médicas, la información concreta sobre el ámbito que nos interesa. Éste se convertiría, de esta forma, en el contexto *cognitivo* básico del que partimos, esto es, se trata de una información que en cualquier acto de comunicación sobre ese tema supondría la *información presupuesta*.

En este sentido, la información sobre lo que es un *evento* incluida en el esquema del EVENTO MÉDICO se convierte en un *tópico* dado y superado (información de la que se parte y de la que se habla en una situación comunicativa dada), por lo que no aparece en la estructura de la definición del procedimiento diagnóstico. La información nueva, es decir, las categorías que componen el *evento médico*, aparecen como *focos* (figura 2.14).

Al *evento médico* general, le sigue en tanto que contexto más específico, el EVENTO MÉDICO ONCOLÓGICO que se distingue del anterior en que, por ejemplo, en la categoría de *especialista* se encuentran los oncólogos; se diferencia en las enfermedades, que son tipos de tumores, en que se utilizan determinados tipos de fármacos, etc. Sin embargo, la única categoría que cambia radicalmente en este nivel es la de la *enfermedad* que se convierte en la categoría más específica de TUMOR (tabla 2.13). En este nivel del recorrido cognitivo-conceptual para llegar al tema que nos

ocupa en este estudio, la información nueva que caracteriza el *evento oncológico*, es decir, la categoría de TUMOR, aparece como un *foco*. En la siguiente figura se muestra, de forma similar a la tabla 2.17, dicho recorrido conceptual con la especificación de los tópicos y focos:

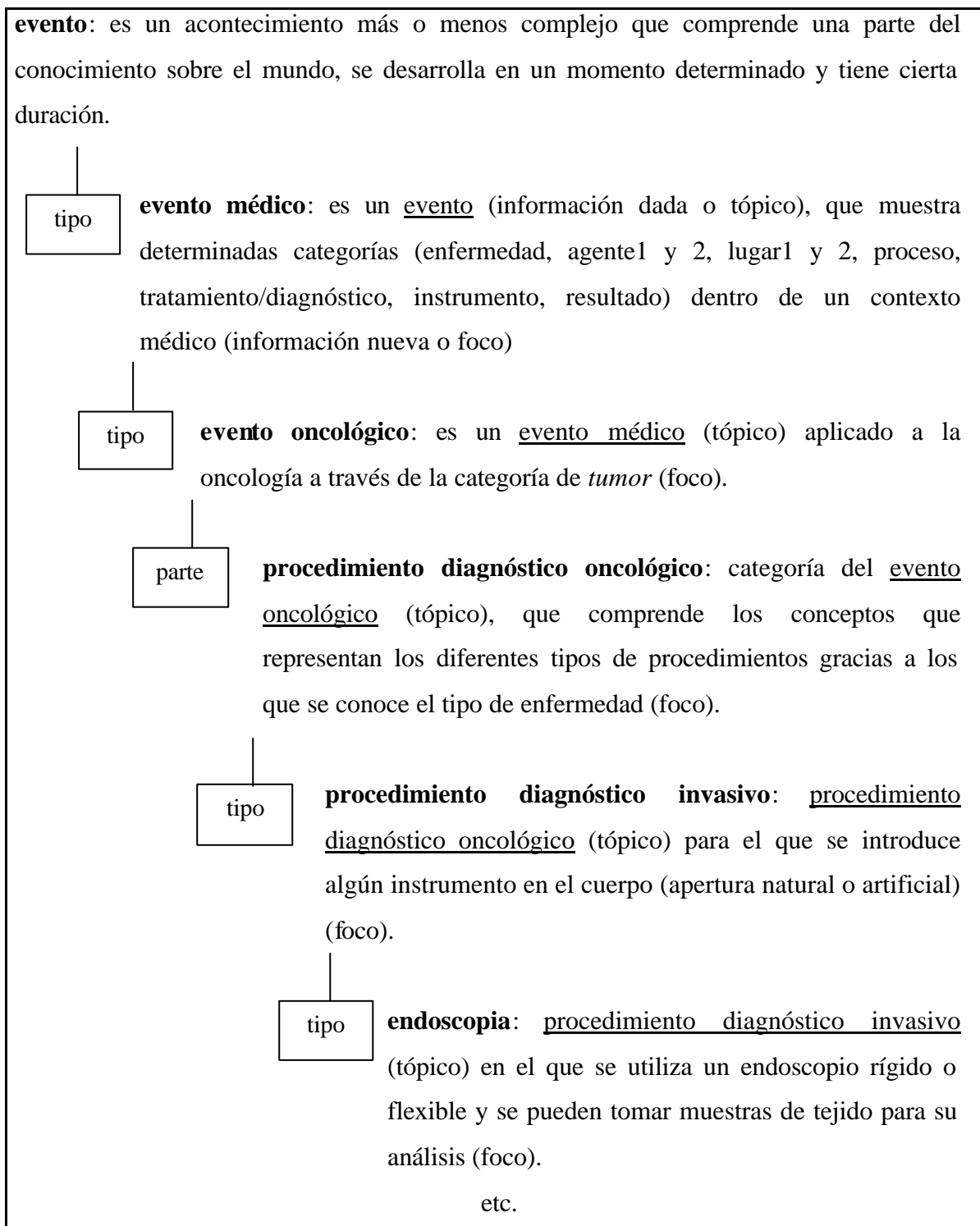


Fig. 2.14: Recorrido conceptual desde *evento* hasta *endoscopia* con tópicos y focos.

En la tabla, se puede distinguir entre una cadena de tópicos que comprende la información contenida en el término genérico y otra de focos que codifica la información nueva, ya sea de tipo semántico o pragmático. En este caso, las definiciones de los conceptos incluyen únicamente focos con información semántica. Sospechamos que en ellas se presentan los datos necesarios y básicos para construir, a partir de ahí, la definición dirigida a un receptor concreto, bien uno perteneciente al grupo de los profesionales de la salud, bien dirigida a pacientes / familiares o legos interesados en el tema. Más adelante veremos (cap. 6) de qué forma habrá que añadir a cada definición las respectivas informaciones pragmáticas.

En la tabla también se observa que el PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO constituye una de las categorías del *evento médico oncológico* (tabla 2.13) por lo que le une a este concepto la relación *parte de* en lugar de *tipo de* que se observa entre los demás conceptos. A la vez, es el concepto genérico del que parte el conjunto de los métodos diagnósticos. Por lo tanto, para el usuario de la definición de un determinado método diagnóstico, el concepto *procedimiento diagnóstico* constituye el esquema o contexto cognitivo más inmediato con lo que se convierte en el tópico por excelencia y aparece en la definición de los conceptos del primer nivel o grupo de conceptos más cercanos al prototipo (apartado 2.4.2.2, Rosch et al. 1976, Taylor 1995).

Dos son los grupos de conceptos que parten como conceptos específicos de *procedimiento diagnóstico* por lo que están más cercanos a este prototipo; se trata de

- PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO INVASIVO
- PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO

También existen algunas técnicas que no encajan en ninguno de estos dos subtipos ya que pueden ser bien invasivos, bien no invasivos. Estos dos tipos básicos de procedimiento diagnóstico, invasivo y no invasivo, por supuesto, se van convirtiendo en los tópicos con los que comienza la estructura de la definición, según el concepto que estemos definiendo. El concepto *endoscopia*, por ejemplo, es un tipo de *procedimiento diagnóstico invasivo* y la *histeroscopia* un tipo de *endoscopia*. A continuación, aplicaremos el esquema de la categoría presentado con anterioridad (tabla 2.14), como modelo para la elaboración de las definiciones de ambos conceptos. Mediante las

relaciones intracategoriales o *templates* se descubren tanto las informaciones dadas (*tópicos*) como las nuevas (*focos*):

ENDOSCOPIA

<b>tipo-de</b>	procedimiento diagnóstico invasivo (tópico)
<b>lugar</b>	parte del cuerpo (tópico)
<b>instrumento</b>	endoscopio flexible o rígido (foco)
<b>función</b>	detección de un tumor (tópico)
<b>proceso</b>	toma de muestra de tejido para su análisis (foco)

HISTEROSCOPIA

<b>tipo-de</b>	<i>endoscopia</i> (tópico)
<b>lugar</b>	el útero (foco)
<b>instrumento</b>	histeroscopio (que es un endoscopio rígido) (foco)
<b>función</b>	detección de cáncer de útero (subfoco)
<b>proceso</b>	toma de muestra de tejido para su análisis (tópico)

Fig. 2.15: Esquema categorial de *histeroscopia* en el evento médico oncológico.

Las relaciones jerárquicas son más que evidentes: en cada uno los conceptos que aparecen en una estructura jerárquica (evento – evento médico – evento oncológico – procedimiento diagnóstico – procedimiento diagnóstico invasivo – endoscopia...), se van introduciendo tópicos y focos nuevos. La estructura cognitiva de la definición refleja el contexto más inmediato; de hecho, en la definición aparecen datos, los tópicos, que se supone que pertenecen a los conocimientos previos de los que dispone el receptor de la definición; además hay elementos nuevos, los focos, que transmiten al usuario de la definición conocimiento nuevo del que aún no disponía. Si, por ejemplo, el usuario es un profesional de la salud en formación, éste, aunque disponga de datos generales, quizás necesite informarse de forma detallada sobre un determinado método de diagnóstico. El paciente, sin embargo, probablemente no necesite ni siquiera saber los

detalles técnicos que puedan rodear una intervención determinada, pero sí necesita recibir información sobre ciertos aspectos generales. Además, dicha información tendrá que presentarse con un metalenguaje que esté a su alcance. De acuerdo con estas reflexiones, los tópicos nos dicen fundamentalmente lo que cada uno de los posibles usuarios ya sabe, esto es, nos descubren la información de la que parten, y los focos nos dicen lo que cada uno de ellos desea saber. De acuerdo con estas reflexiones tendría que haber un sistema de codificación para los tópicos y focos en los diferentes tipos de definiciones; así se podrían etiquetar las definiciones de modo que fuera posible crear varias rutas de acceso a la información de acuerdo con las necesidades de cada usuario.

En este sentido, en el caso de *endoscopia* (figura 2.15), la definición comienza por dos tópicos: gracias a la definición del concepto hiperónimo (*procedimiento diagnóstico invasivo*) el lector ya sabe que la endoscopia es un tipo de procedimiento diagnóstico invasivo y que se realiza en alguna parte de nuestro cuerpo. La siguiente información, en concreto, la utilización de un endoscopio rígido o flexible (INSTRUMENTO), supone un dato nuevo por lo que se especifica como un foco. La información en relación con la función de la prueba (FUNCIÓN), esto es, la detección de un tumor, es nuevamente conocida como propia al conjunto de los procedimientos de diagnóstico y, por tanto, supone otro tópico; en el parámetro de PROCESO aparece otro dato focalizado: la posibilidad de tomar una muestra de tejido para ser analizada.

En la definición del concepto *histeroscopia* destaca, al contrario de su hiperónimo, la *endoscopia*, una información marcada como *subfoco*. Dentro del esquema categorial, en el contexto de la función que cumple esta técnica (FUNCIÓN) se indica el *tipo de tumor (cáncer de útero)* que se pretende detectar con este procedimiento de diagnóstico; la información facilitada aparece como *subfoco* ya que depende de la información focalizada en relación con el LUGAR (*útero*).

Por otra parte, como ya hemos apuntado con anterioridad, este esquema nos ofrece la posibilidad de construir las definiciones aplicando un vocabulario controlado y altamente económico. Gracias al esquema categorial de *procedimiento diagnóstico* y los análisis que realizaremos con nuestro corpus (cap. 5) pretendemos conseguir que la definición sea un texto que presente una estructura sistemática en la que se refleje un lenguaje médico-oncológico controlado. El ejemplo que hemos mostrado antes nos puede ilustrar dicha estructura controlada:

## HISTEROSCOPIA

RELACIONES CONCEPTUALES	DEFINICIÓN: SUS COMPONENTES
TIPO_DE (IS-A)	<i>Endoscopia</i>
LUGAR (HAS-LOCATION)	del útero
INSTRUMENTO (USES-INSTRUMENT)	que se realiza por medio de un endoscopio rígido, el llamado histeroscopio,
FUNCIÓN (HAS-FUNCTION)	para la detección del cáncer de útero.
PROCESO (HAS-PROCESS)	Se toma una muestra de tejido del útero para su análisis.

Tabla 2.18: Relaciones conceptuales o esquema categorial de *histeroscopia* y estructura de la definición.

Como se puede deducir del esquema anterior, existe una relación jerárquica que indica el concepto genérico:

- la relación de TIPO-DE o IS-A<sup>30</sup>: *La histeroscopia es un tipo de endoscopia.*

Las cuatro relaciones restantes son no jerárquicas y se refieren:

- al LUGAR concreto del cuerpo: *Se realiza en el útero.*
- al INSTRUMENTO que se utiliza en la prueba: *Se realiza por medio de un histeroscopio.*
- a la FUNCIÓN que tiene la prueba: *Se utiliza para la detección del cáncer de útero.*
- al PROCESO que caracteriza la prueba: *Se toma una muestra de tejido del útero.*

Las relaciones entre los diferentes parámetros (*templates*) de la definición de un concepto, sin embargo, suelen ser jerárquicas con respecto a las de la definición del concepto genérico (hiperónimo), de ahí los niveles jerárquicos que se crean. Las flechas de la figura 2.16 reflejan las relaciones que hereda el concepto *histeroscopia* de *endoscopia*, que son básicas para la elaboración de la definición de tipo pragmático:

<sup>30</sup> En Pérez Hernández 2000: 225ss. se encuentra información detallada sobre relaciones conceptuales en general y redes IS-A en particular: “Una red IS-A es una jerarquía taxonómica cuya espina dorsal está constituida por un sistema de enlaces de herencia entre los objetos o conceptos de representación, conocidos como *nodos*. Las redes IS-A son el resultado de la observación de que gran parte del conocimiento humano se basa en la adscripción de un subconjunto de elementos como parte de otro más general” (ibid: 226).

ENDOSCOPIA

TIPO_DE	procedimiento diagnóstico invasivo
LUGAR	parte del cuerpo
INSTRUMENTO	endoscopio flexible o rígido
FUNCIÓN	detección de un cáncer
PROCESO	toma de muestra de tejido para su análisis

HISTEROSCOPIA

TIPO_DE	<i>endoscopia</i>
LUGAR	útero
INSTRUMENTO	histeroscopio (endoscopio rígido)
FUNCIÓN	detección de cáncer de útero
PROCESO	toma de muestra de tejido del útero para su análisis

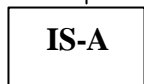


Fig. 2.16: Herencia de relaciones entre *endoscopia* e *histeroscopia*.

Tanto en la tabla 2.18 como en la figura 2.16 se aprecia claramente que la información contenida en los dos esquemas, el de *endoscopia* y el de *histeroscopia*, es básica y quizás incompleta si pensamos en el paciente como uno de los usuarios prototípicos de la base de datos terminológica y en las relaciones pragmáticas reflejadas en el esquema de la macrocategoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (fig. 213). Creemos que habrá que recabar más información para saber qué le interesa al usuario no especializado. Tendremos que averiguar – principalmente gracias a los análisis de los *corpora* (capítulo 5) – qué tipo y qué cantidad de información necesita cada tipo de usuario concreto de la definición. Suponemos que, pensando tanto en el usuario experto (médico) como en el no experto (paciente), tengamos que elaborar diferentes tipos de definiciones, teniendo en cuenta no sólo el tipo de información que se ofrece y la cantidad, sino también, tal como hemos apuntado con anterioridad, la naturaleza del metalenguaje que se ha de utilizar.

En este sentido, dependiendo del receptor, se optaría por una u otra información: en un texto con un grado alto de especialización aparecería el nombre del instrumento (*histeroscopio*), en un texto con un grado bajo de especialización, esta información quizás no se considere relevante. También habría que descubrir en qué situación comunicativa se utilizaría el término *Endoskopie* y cuándo *Spiegeluntersuchung*, siendo este último una variante denominativa del primero. En esta relación entre el receptor y la información relevante para éste, que se traduce en las unidades léxicas activadas en la definición, se ubica una de las facetas pragmáticas de la misma. El hecho de considerar un tipo de información como relevante, necesaria y suficiente tiene que ver con la adaptación de la estructura cognitiva del texto a un modelo cultural, es decir, que esta estructura parta y se base en el modelo cultural y mental de cada comunidad. Podríamos decir que este modelo constituye la representación mental de cada realidad social, esto es, que se trata de la realidad que rodea al individuo y que, de alguna forma, se archiva en su mente. Más adelante, cuando hablamos de la dimensión social de la unidad léxica (cap. 4), veremos con más detalle la importancia que tiene el contexto socio-cultural del individuo en el marco de nuestro estudio.

En el nivel cognitivo del análisis que estamos describiendo, se trata exclusivamente de los ejes paradigmático y cognitivo. Se trata, pues, de la descripción de la representación del conocimiento experto que se sitúa claramente en un determinado campo conceptual, por una parte (*eje paradigmático*), donde cada uno de los conceptos ocupa un espacio cognitivo delimitado respecto a los conceptos más cercanos, por otra (*eje cognitivo*). La definición de un concepto es, como hemos podido apreciar en este apartado, el reflejo de la estructura de la categoría a la que pertenece dicho concepto. Cada categoría muestra un esquema propio e independiente. En la definición, a través del tópico, se expresa el *definiens* que hace referencia al concepto genérico en cuestión, mediante el cual se localiza el concepto en su campo conceptual. Los focos, sin embargo, contienen la información nueva en la definición, por la que el concepto se diferencia de su concepto hiperónimo.

Quisiéramos hacer hincapié en el hecho de que la estructuración de la información en tópicos y focos nos parece prometedora en relación con la elaboración de una definición variable. Esperamos que de este modo las definiciones quizás puedan tener en cuenta mejor las necesidades reales de los usuarios: la información concreta



que necesiten y el metalenguaje adaptado a ellos. Este tipo de hipótesis se verá confirmado o se rechazará una vez que se analice el corpus recopilado.

El capítulo siguiente tratará fundamentalmente de los *corpora* en los que nos basamos en este estudio, así como de la metodología que hemos seguido en los análisis de los mismos. Aunque parte de dichos análisis se reflejará en el capítulo 4 en el que se explica la dimensión social, principalmente será en el capítulo 5 donde nos dedicaremos a la descripción tanto de los análisis como de los resultados obtenidos.

### **3. El corpus y las herramientas de análisis**

Antes de adentrarnos en la descripción de la selección de nuestro corpus y las herramientas utilizadas en los análisis del mismo, que se presentarán sobre todo en el capítulo 5, nos parece importante insistir en el hecho de que inicialmente este capítulo sobre la metodología figuraba como capítulo cuatro después del capítulo sobre la dimensión social de la unidad terminológica. Dado que a lo largo de la elaboración de esta tesis, el capítulo sobre la dimensión social iba adoptando un carácter cada vez más práctico, en el que era necesario e incluso fundamental que se incluyeran algunos análisis con textos que forman parte de nuestro corpus, nos parecía más que justificado llevar a cabo este cambio relacionado con la estructuración del presente trabajo. De este modo logramos que las explicaciones sobre la metodología que se aplican en este estudio y que ofreceremos a continuación, faciliten la lectura del capítulo siguiente, esto es, el de la dimensión social de la unidad terminológica.

En el presente capítulo describiremos las razones que motivaron la selección del corpus, los distintos tipos de corpus más importantes, los criterios de selección considerados por nosotros, así como la metodología de análisis de corpus que se ha utilizado en la aplicación de herramientas de análisis concretas.

#### **3.1. Reflexiones previas a la selección**

Un tipo de trabajo de investigación como el que nos ocupa no se podría realizar sin el análisis exhaustivo de un amplio corpus. En este sentido, lo primero que hemos de tener en cuenta es el deseo de garantizar que los resultados de nuestro estudio no sean solamente aplicables a una parte muy reducida dentro de la comunicación especializada en el ámbito del *evento médico oncológico*, sino que la intención de la que partimos es que esos resultados sean metodológicamente fundados y en principio aplicables.

Como hemos ido explicando en los capítulos teóricos anteriores, el planteamiento inicial es la búsqueda de posibles diferencias y variaciones en el uso de las unidades terminológicas en los diferentes tipos de texto. De ahí que hayamos tenido que compilar un corpus en alemán y otro en español que cubran, dentro de lo posible, los distintos niveles o grados de especialización de los mencionados actos de comunicación.

Antes de proceder a la explicación detallada de la selección, quisiéramos, en primer lugar, fijar la concepción de *corpus* por la que nos guiamos. Una de las mayores expertas europeas en trabajos lingüísticos basados en el estudio de *corpora*, la profesora Baker (1995), lo define de la siguiente forma:

- (i) *corpus* now means primarily a collection of texts held in machine-readable form and capable of being analyzed automatically or semi-automatically in a variety of ways;
- (ii) a corpus is no longer restricted to 'writings' but includes spoken as well as written text, and
- (iii) a corpus may include a large number of texts from a variety of sources, by many writers and speakers and on a multitude of topics (Baker *ibid*: 225).

Los dos puntos más importantes de esta definición, en cuanto al objetivo de nuestro estudio, son, por un lado, el primero (i) que se refiere al hecho de que los textos de los que se compone el corpus, han de almacenarse de forma electrónica para su análisis automático o semiautomático y, por otro, el último (iii), en la medida en que habla de un amplio número de textos procedentes de distintas fuentes y escritos por diferentes autores.

Si al principio de los años noventa, con el resurgimiento de la lingüística de corpus, para otro profesor de la escuela británica de lingüística, Sinclair (1991: 171) un *corpus* era

[...] a collection of naturally-occurring language text, chosen to characterize a state or variety of a language.

en 1994, sin embargo, ya no se habla tanto de la colección de textos producidos de forma natural, sino de fragmentos de lenguaje seleccionados según criterios lingüísticos muy precisos:

[...] a collection of pieces of language that are selected and ordered according to explicit linguistic criteria in order to be used as a sample of the language (Sinclair 1994: 2 apud Pearson 1998: 42).

Aparte de la cuestión sobre la naturaleza del concepto *corpus*, en el contexto de este estudio nos interesan sobre todo reflexiones acerca de las posibles formas o tipos de corpus y, en particular, aquellas que se refieren fundamentalmente a los *corpora* donde la comunicación especializada es la dominante.

### **3.1.1. Tipos de corpus**

En este apartado, mostraremos las clasificaciones de corpus ofrecidas en dos obras relativamente recientes, la de Pearson (1998) y otra posterior de Pérez Hernández (2000) a la que también haremos referencia a lo largo de las descripciones que siguen a continuación.

Pearson (1998: 43 ss.), en un afán de poner la lingüística del corpus al servicio de la investigación terminológica, ofrece una clasificación de los distintos tipos de corpus entre los que se encuentran los *corpora* especializados. La autora distingue entre los siguientes cinco grupos:

- *general reference corpora and Monitor corpora*

Con los *corpora* de referencia se intentan representar las variedades relevantes de una lengua y el vocabulario característico de la misma. Ejemplos de este tipo de corpus son el *British National Corpus* y los *IDS-Textkorpora* del *Institut für Deutsche Sprache* en Mannheim (Alemania). El corpus monitor consiste en la creación de un corpus en formato electrónico que, gracias a los avances tecnológicos recientes, puede ser actualizado de forma continua, debido a la facilidad de poder sustituir el material antiguo por material nuevo, de manera que siempre se mantiene la composición original del corpus (Pearson *ibid*, Pérez Hernández 2000: 46 s.).

- *sample corpora and full text corpora*

Gracias a este tipo de *corpora*, se distinguen *corpora* de fragmentos de textos (*sample corpora*) de otros compuestos por textos completos (*full text corpora*). El corpus *Brown* de inglés americano, el primer corpus creado en formato

electrónico en los años sesenta, y el *LOB (Lancaster-Oslo/Bergen Corpus)* de inglés británico, compilado en 1970, se consideran hoy en día corpus de fragmentos.

o *parallel and comparable corpora*

En el marco de estudios contrastivos con *corpora* bi o multilingües, se utiliza el término *corpus comparable* para designar un corpus de textos en dos o más lenguas que coincidan en el tema, la función, así como la situación comunicativa (cfr. López Rodríguez 2000: 175). Un *corpus paralelo*, sin embargo, es un conjunto de textos y su traducción a una o varias lenguas (López Rodríguez *ibid*, Pearson *ibid*, Teubert 1996). Pearson menciona el hecho de que todavía no existe una opinión unánime en relación con los dos conceptos, quizá debido a que el estudio con *corpora* multilingües sea relativamente reciente.

o *special purpose corpora*

Pearson insiste en que este tipo de corpus sea diferente del corpus especializado. El corpus de fines específicos es obviamente uno creado para un objetivo o fin determinado y no constituye necesariamente un corpus sobre una materia de especialidad, el tipo de corpus descrito a continuación. En este punto diverge Pearson de Pérez Hernández (2000) que, en consonancia con EAGLES (Expert Advisory Group on Language Engineering) (1996), clasifica los *corpora* diseñados con fines específicos conjuntamente con los especiales y especializados (*ibid*: 47).

o *subcorpora, components of corpora, specialized corpora and special corpora*

Mientras que los *subcorpora* constituirían una parte representativa de un corpus, los *componentes de corpora* ilustrarían una determinada forma de lenguaje y, por tanto, no serían representativos (*ibid*, Sinclair 1994). Los términos *corpora especiales* y *corpora especializados* se emplean a menudo como sinónimos y designan un corpus compuesto por textos específicos no representativos de la lengua general. Se distingue del *subcorpus* al no presentar todas las propiedades de un corpus de gran tamaño. Pearson propone adoptar para el corpus especial o especializado la definición propuesta por Sinclair para *special corpora*:

those which do not contribute to a description of the ordinary language, either because they contain a high proportion of unusual features, or their origins are not reliable as records of people behaving normally (Sinclair 1994: 7 apud Pearson *ibid*: 46).

La profesora Pérez Hernández (2000: 45) ofrece una clasificación muy completa de los distintos tipos de corpus; en primer lugar, da una descripción de los cuatro tipos de corpus entre los que distinguen Atkins, Clear & Ostler 1992 denominados por ellos colecciones textuales:

- (1) los archivos que son almacenes de textos en formato magnético,
- (2) las bibliotecas de texto en formato magnético (*ETL*),
- (3) los corpus que son una sección de las anteriores tales como el Corpus de Cobuild o el Corpus de Longman/Lancaster, y
- (4) los subcorpus, un componente estático de un corpus mayor o más complejo.

Pérez Hernández (*ibid*) completa la tipología añadiendo la que se ofrece en EAGLES (1996) y que coincide básicamente con la propuesta por Pearson. Se trata de los siguientes tipos de corpus:

- corpus de referencia
- corpus monitor
- corpus oral
- corpus de fragmentos textuales
- *corpora* especiales, especializados y *corpora* diseñados con fines específicos.
- corpus bilingüe (o multilingüe) que engloba el corpus paralelo y el comparable

No parece muy aclaratoria ni satisfactoria la distinción entre corpus diseñado con fines específicos y corpus especial o especializado por lo que situamos nuestro estudio de corpus a medio camino entre estos dos tipos, tratándose a la vez de un estudio con corpus bilingüe de textos comparables. De hecho, utilizaremos un corpus que sea a la

vez especializado y diseñado, es decir, seleccionado con fines específicos y cuyos textos sean comparables.

Las reflexiones acerca de los diferentes tipos de corpus nos llevan automáticamente a la cuestión de los criterios que habrá que tener en cuenta en relación con la selección del mismo.

### 3.1.2. Criterios de selección

Respecto a la selección concreta del corpus se puede considerar una variedad de criterios como pueda ser que el lenguaje, como en nuestro caso,

- sea restringido y no general,
- que sea escrito y no oral,
- que sean textos sincrónicos y no diacrónicos,
- que esté formado por varios tipos de textos y
- que sea bilingüe y no monolingüe (Baker 1995: 229).

En este apartado nos dedicaremos a los criterios presentados por algunos autores que hemos elegido porque describen o desarrollan ideas y propuestas que son de interés en relación con nuestro estudio – aunque, en algunos casos, no se trate de propuestas recientes. Procederemos, dentro de lo posible, de forma cronológica, intentando, a la vez, ir centrándonos en los criterios esenciales en el momento de decidir una compilación de textos.

Empezaremos por Gläser (1992) que, en relación con el perfil de un método adecuado de análisis de *corpora*, hace hincapié en el hecho de que, cuando se pretende analizar tipos textuales de forma inter o intralingual, el punto de partida es la macroestructura<sup>31</sup>. A tal efecto, es imprescindible basarse en un modelo analítico que comprenda varios parámetros que, a su vez, formen el *tertium comparationis*:

Sobald man die Makrostruktur eines Fachtextes als Ausgangspunkt des interlingualen und intralingualen Textsortenvergleichs wählt, ist ein integrativer Analysemodus erforderlich, der *mehrere* Vergleichsgrößen in sich vereinigt (Gläser 1992: 80).

---

<sup>31</sup> Suponemos que la autora utiliza el concepto *macroestructura* en el sentido de la estructura completa de un texto que pertenece a un tipo de textos concreto.

Dichos parámetros constituirían una combinación de características tanto léxicas como sintácticas que se aplicarían en un análisis que partiera de la macroestructura del texto hasta llegar a su microestructura. Este método se viene aplicando desde hace relativamente poco tiempo en los escasos estudios comparativos de tipos textuales inter o intralingüales existentes (ibid). La autora resalta la necesidad e importancia de que se realicen más estudios con corpus de textos y que éstos sean siempre lo suficientemente amplios:

Nach der *pragmatischen Wende* hat sich aber in der Linguostilistik wie in der Fachsprachenlinguistik die Erkenntnis durchzusetzen begonnen, dass eine Stil- und Texttypologie ein theoretisches Konstrukt bleibt, solange nicht empirisch-induktive Untersuchungen an umfangreichen Textkorpora und nach einem integrativen Analysemodus, der textexterne und textinterne Bezugsgrößen vereinigt, vorgenommen werden (Gläser 1998: 206).

Partiendo, por lo tanto, de la macroestructura del texto, se llega al siguiente modelo - textograma (ibid y 1992: 81):

- la macroestructura del texto
- la estructura parcial del texto (*Teiltextstruktur*) - elementos de estructuración (*Gliederungssignale*)
- elementos metacomunicativos y metalingüísticos
- la postura del autor
  - a) referente al objeto
  - b) referente al receptor
- las características del léxico especializado
- elementos estilísticos del texto especializado

Del conjunto de estos seis puntos, incluiremos, de alguna forma, tres en nuestros análisis: el análisis que se refiere a elementos metacomunicativos y metalingüísticos, las características del léxico especializado y, por último, elementos estilísticos del texto especializado. Estos parámetros están, a nuestro entender, estrechamente relacionados y forman, en su conjunto, la terminología de un campo especializado. Se sobreentiende que dicha terminología no solamente abarca el léxico en forma de nombres o adjetivos,



sino también verbos y estructuras sintagmáticas completas, formadas por ejemplo por un verbo, una preposición y un nombre (Arntz & Picht 1989) (apartado 2.1.2).

Ampliaremos estos criterios gracias a las reflexiones de Kalverkämper (1992: 68 ss.) que apuntan hacia una serie de factores que se han de tener en cuenta para que los *corpora* compilados sean realmente comparables. El autor propone un modelo jerárquico de seis puntos (1992: 73), parecido a un catálogo de preguntas, que se deberá seguir según el siguiente orden:

1. La categoría del tiempo (fenómenos que se comparan de forma sincrónica o diacrónica).
2. La categoría del alcance del estudio comparativo: el análisis de corpus puede ser bien monolingüe bien bi o multilingüe; en el caso de un análisis bi o multilingüe, éste es al mismo tiempo un estudio comparativo intercultural en el que se comparan dos o más culturas.
3. La categoría del medio: transmisión oral o escrita del discurso especializado.
4. El nivel vertical del lenguaje de especialidad.
5. El lenguaje de especialidad como una variedad concreta de la lengua general.
6. El nivel concreto del sistema lingüístico. El autor se refiere concretamente a si analizamos lexemas, sintagmas, frases, párrafos o textos completos en una situación comunicativa (*Texte-in-Situationen*).

El punto cuatro con el que el autor se refiere al nivel vertical del lenguaje de especialidad en concreto, esto es, el grado de abstracción (Hoffmann 1985), comprende sin lugar a dudas la cuestión de los tipos textuales.

También Stubbs (1996) hace hincapié en el hecho de que el análisis informatizado de *corpora* tiene que incluir el estudio de la variación de la lengua, que se refiere al análisis comparativo de tipos textuales a través de los *corpora*. Este autor enumera una serie de principios para los análisis con *corpora* de los que el de los tipos textuales aparece en cuarto lugar:

Principle 4. Texts and text types must be studied comparatively across text corpora. [...] an important aspect of language variation is the varying frequency of lexical and grammatical features across different text types: in fact, register variation is usually defined as the systematic variation in such frequencies [...] This view of language variation also has the methodological implication that text study must be comparative (ibid: 33).

Stubbs hace referencia a dos aspectos de la variación de un determinado lenguaje que se pueden observar gracias a determinados análisis contrastivos, aplicados a diferentes tipos textuales: la variación léxica y la gramatical.

Bowker, por su parte, ofrece en *Towards a corpus-based approach to terminography* (1996) una serie de criterios muy interesantes para crear un corpus diseñado para su uso en terminología. La autora, que usa sin distinción los términos *specific corpus* y *LSP corpora*, resalta el hecho de que el objetivo con el que se emprende el estudio terminográfico sea decisivo en relación con la selección del corpus.

There are many factors to consider when compiling an MR corpus, and it is generally agreed that the aim of the project determines the amount and type of material appropriate for a specific corpus [...] It is important not to be fooled into thinking that corpus size is more significant than, or can actually provide, corpus adequacy (ibid: 39).

Bowker ofrece una lista de criterios para la compilación de un corpus especializado en formato electrónico, basada en información derivada tanto de los criterios para la recopilación de corpus especializado no informatizado (*conventional non-MR terminology*), como de corpus general electrónico (*MR LGP corpora*). Se trata de los siguientes:

- TAMAÑO DEL CORPUS: La autora menciona que generalmente un corpus especializado es más pequeño que un corpus diseñado con fines generales (*LGP corpus*) (Bergenholtz & Tarp 1995).
- TAMAÑO DEL TEXTO: Bowker va más allá de la sugerencia de Bergenholtz & Tarp (ibid 1995) quienes recomiendan incluir solamente aquellos párrafos o capítulos enteros que se puedan considerar como un texto. Para el trabajo terminográfico no se puede cortar un texto de forma arbitraria, ya que se corre el riesgo de perder información conceptual importante (Bowker 1996).

- FECHA DE PUBLICACIÓN: Para el trabajo terminográfico se recomienda seleccionar textos publicados recientemente.
- AUTOR / EDITOR: El terminógrafo deberá de tener en cuenta la calificación profesional del autor del texto seleccionado, es decir, es fundamental el hecho de que se trate de un experto reconocido (Pearson 1998: 60).
- LENGUA: Los textos originales tendrán preferencia ante los textos traducidos. También es importante saber si se trata de la lengua materna del autor o no.
- REPRESENTATIVIDAD: El terminógrafo intentará cubrir lo mejor posible la terminología del campo objeto de estudio, recopilando muchos tipos diferentes de documentos (Bowker *ibid*). El grado de especialización o tecnicidad de cada texto que ha de tenerse en cuenta antes de proceder a la compilación del material, dependerá de los conocimientos previos de los interlocutores en la comunicación. La autora menciona como posibles emisores y receptores la relación experto – experto, experto – no experto, no experto – no experto. Pearson que menciona los receptores en un apartado denominado *audiencia*, los clasifica en dos grupos, los que tienen el mismo nivel de conocimiento que el autor y los que tienen menos nivel que aquél (Pearson *ibid*: 61). Para que el corpus sea representativo, Bowker, por su parte, menciona la necesidad de cubrir todos los subcampos del campo elegido y, en el caso de tratarse de una materia multidisciplinar, de incluir dichas materias relacionadas. De esta forma, se llegaría a un equilibrio conceptual.

Pearson (1998) propone una clasificación de los textos con vistas a la selección del corpus, basándose en la tipología textual elaborada por EAGLES (Sinclair & Ball 1995); la autora hace una primera división entre

- criterios externos y
- criterios internos.

Entre los criterios externos de clasificación se encuentran el de género de textos (*genre*), modalidad (*mode*), origen (*origin*) y función (*aims*) de los textos. Se trata de criterios esencialmente no lingüísticos, que dan cuenta de la relación entre el lenguaje utilizado y la situación comunicativa, así como de los interlocutores. La función del texto, por

ejemplo, y como decíamos en capítulos anteriores, lleva a una serie de posibles participantes en la comunicación:

The aims of the text include considerations about the target audience and the intended outcome of the text. Audience may include details about audience size and constituency, the latter subdividing into general public, informed lay people, professional people, specialists, students and trainees (Pearson 1998: 53).

Según la autora, los criterios internos han sido mucho menos estudiados que los externos, debido a que la falta de herramientas adecuadas para su análisis supone una dificultad añadida. Pearson menciona dos de estos criterios, a saber, el tema (*topic*) y el estilo (*style*), refiriéndose con este último a los géneros y la función del texto:

There is a tendency to assign a style category on the basis of genre and text purpose. Thus, a report is likely to be classified as formal and a discussion may be classified as informal (ibid: 55).

La dificultad de llegar a una clasificación por el criterio del estilo se puede superar si los géneros se basan en criterios externos, determinados antes de proceder a la compilación del corpus (ibid).

Finalmente, en la obra a que estamos haciendo referencia, la autora se centra en los *corpora* diseñados con fines específicos para los que ofrece una lista de criterios concretos de recopilación (ibid: 58 ss.):

- El *tamaño*: parece imposible averiguar a partir de qué tamaño un corpus es representativo. Puede ser irrelevante en el sentido de que a menudo depende de cuánto material es accesible de forma electrónica.
- Los textos tienen que ser *escritos* y completos.
- Todos los textos tienen que haber sido *publicados*.
- El *origen* del texto. Este criterio se refiere a que se puede tratar de un texto individual de un solo autor o del producto de una colaboración entre varios autores como p. ej. por una institución.

- *Constitución*. Se puede tratar de un libro escrito por un único autor o de un periódico, de una colección de ensayos o un libro de textos, etc.
- El *autor* tiene que ser una persona o institución de reconocido prestigio.
- Los textos tienen que ser *factuales*, es decir, que tienen que representar lo que existe o creemos que existe. Dado que resultaría difícil determinar cuándo un texto cumple este criterio, es preferible combinarlo con otros como autor, audiencia, etc.
- El criterio de la *tecnicidad* se refiere a que el texto ha de ser técnico (escrito por especialistas para especialistas) o semi-técnico (escrito por especialistas para un tipo de lector específico).
- La *audiencia* puede disponer, bien de los mismos conocimientos que el autor, bien disponer de menos conocimientos, pero mostrar interés o necesidad de adquirir nuevos conocimientos sobre el tema en cuestión.
- El *propósito* (*intended outcome*) con el que se produce un texto ha de ser informativo, didáctico o prescriptivo como en el caso de textos normativos que definan términos utilizados en un ámbito específico.
- El *marco sociocultural* (*setting*) es institucional o académico-educativo. Tiene que corresponder a una de las siguientes tres situaciones comunicativas: comunicación entre (a) expertos, (b) expertos y no expertos y (c) profesores y alumnos.
- El texto tiene que tratar de un *tema* específico.

Con la clasificación de criterios para la selección de los textos de un corpus especializado ofrecida por Pérez Hernández (2000: 179 ss.) terminaremos la presentación de ideas y propuestas que nos parecen relevantes en este contexto. Los criterios descritos por esta autora no solamente son muy recientes, sino también

especialmente relevantes en relación con nuestro estudio, ya que se trata de criterios que se utilizaron para la selección del corpus del proyecto *OncoTerm*. La lista se compone de los siguientes criterios para la recopilación de un corpus especializado:

- CANTIDAD. La autora menciona el argumento de Meyer & Mackintosh (1996: 267 apud Pérez Hernández ibid) que un corpus especializado puede ser más pequeño que uno general. A pesar de eso propone no poner límite a la cantidad de texto que se recopile.
- CALIDAD. El criterio de calidad se refiere al autor como especialista y al contenido del texto. Este criterio es similar al de publicación propuesto por Pearson que mencionábamos con anterioridad.
- SIMPLICIDAD. Se refiere al tipo y cantidad de información añadida al texto original, que puede ser de dos tipos: información sobre la producción del texto (autor, institución, fecha, etc.) o información morfológica o sintáctica de los elementos léxicos.
- DOCUMENTACIÓN. Se trata de un criterio estrechamente relacionado con el anterior y se refiere a una documentación gracias a la que se identifica el texto original y en la que se describen claramente las etiquetas que se añaden a los textos.
- PERTENENCIA AL DOMINIO DE LA ESPECIALIDAD. Los textos recopilados deben pertenecer a la materia objeto del estudio terminográfico, por una parte, y, en el caso de un trabajo sobre terminología muy especializada, los textos deben adecuarse a este grado de especialización.
- FECHA DE PRODUCCIÓN DEL TEXTO. Para la mayoría de los trabajos terminográficos los textos deberían de ser lo más recientes posible; sin embargo, esta situación cambiaría en el caso de análisis diacrónicos.
- CONDICIÓN LINGÜÍSTICA DE LOS TEXTOS. Aquí se decide si se recopilan textos escritos u orales, originales o traducciones, si el autor es un hablante nativo, etc.
- FACTUALIDAD. Este criterio que se encuentra en la lista de criterios propuestos por Pearson (1998) se refiere al hecho de que los textos tienen que ser factuales, es decir, no ficcionales. Como en los trabajos terminográficos se suelen utilizar textos no ficcionales, consideramos este

criterio como supuesto y presente, aunque sea de forma implícita, por lo que optamos por no mencionarlo.

Los siguientes tres criterios están estrechamente interrelacionados y sus combinaciones crean diferentes tipos textuales:

- TIPO TEXTUAL. La autora (ibid: 183) adapta la clasificación textual ofrecida por Ahmad (1995) al campo de especialidad de la oncología, diferenciando así entre los siguientes tipos de texto: artículos / manuales especializados, artículos / manuales semi-especializados, libros de texto, artículos de divulgación científica y artículos o folletos de información para no especialistas, enfermos y sus familias.
- NIVEL DE TECNICIDAD. Este criterio está determinado por el propósito de la creación del texto (divulgativo, pedagógico, etc.), por el nivel de conocimientos de los receptores y, en cierta medida, también por el nivel de conocimientos del emisor.
- RECEPTORES DEL TEXTO. Pueden ser especialistas en el ámbito en cuestión, semi-especialistas, estudiantes o personas sin conocimientos previos.

Estas consideraciones, en combinación con los planteamientos ofrecidos por los diferentes autores que mencionábamos más arriba, nos llevan a un corpus que ofrece las siguientes características fundamentales:

- (a) El lenguaje pertenece a un campo especializado muy restringido, en nuestro caso, el área que hace referencia al proceso de diagnosticar una enfermedad oncológica.
- (b) Son textos escritos, en su mayor parte recopilados en la red.
- (c) Se trata siempre de textos actuales.

- (d) En los textos de distintos ámbitos de comunicación aparecen codificados distintos niveles de tecnicidad y, por tanto, diferentes grados de abstracción.
- (e) Son textos dirigidos a distintos grupos de receptores.
- (f) Los textos se agrupan entorno a dos lenguas, español y alemán, y cada uno de los dos *corpora* se enmarca en una determinada cultura.
- (g) El objeto de estudio es el discurso en una situación comunicativa real.

A continuación, describiremos el proceso de selección del corpus y las diferentes partes de las que se compone, tanto en lengua española como en lengua alemana.

### **3.2. Selección del corpus**

De acuerdo con los criterios arriba mencionados, seleccionaremos el corpus de manera que sea lo más completo posible y que cubra, en la medida de las posibilidades y herramientas a nuestro alcance, todos los niveles verticales existentes en el campo especializado objeto de este estudio. Con esto queremos resaltar que hay especialidades donde la comunicación - oral y escrita - de hecho no abarca todos los niveles de abstracción y donde, por consiguiente, sólo existe una producción de textos entre algunos de los posibles tipos de emisores y destinatarios prototípicos. Hoffmann (1985, 1998) menciona este fenómeno cuando explica su modelo vertical:

Eine Fachsprache kann alle Schichten (A-E) haben, muss es aber nicht. So gibt es wissenschaftliche Disziplinen, die nie in die materielle Produktion einmünden, und umgekehrt Sphären der materiellen Produktion, die keine eigene wissenschaftliche Forschung kennen. Bestimmte Disziplinen treiben ihre Abstraktionen nicht unbedingt bis zur Stufe A (Hoffmann 1985: 66).

Por lo tanto, hemos de preguntarnos por el tipo de emisores y destinatarios que participan en la comunicación del campo elegido para nuestro estudio y si hay niveles de especialización donde - quizás por un vacío de necesidad comunicativa - no surja dicha transmisión de información especializada. Antes de ofrecer una descripción de los interlocutores potenciales del corpus específico compilado por nosotros en el ámbito



del diagnóstico oncológico, nos parece importante resaltar que consideramos nuestro corpus complementario del corpus creado con antelación por el grupo del proyecto *Oncoterm*. En la tabla en la que más abajo se especifica nuestro corpus (tabla 3.1), aparece la información de que el corpus español ya existente en el que se basa *OntoTerm*, consta de alrededor de 4 500 000 de palabras; para completar la información en relación con la totalidad del corpus hay que destacar que está compuesto por más de 33 millones de palabras, la mayoría en inglés (28 771 714). Para dicha compilación se han utilizado (a) textos extraídos de Internet; (b) enciclopedias, manuales y publicaciones médicas en CD-ROM y (c) textos escaneados por su riqueza de vocabulario y por su relevancia entre especialistas, según MEDLINE, la base de datos bibliográfica más consultada por estos. El corpus que ha sido también compilado según los criterios de Pérez Hernández (2000: 179 ss.), consta de:

- las páginas *web* de las principales organizaciones internacionales contra el cáncer,
- artículos experimentales y resúmenes provenientes de publicaciones médicas y oncológicas,
- fragmentos relevantes de manuales destinados a oncólogos y estudiantes de medicina de nivel avanzado y
- monográficos de enciclopedias
- publicaciones de divulgación semiespecializada y de divulgación general
- folletos de salud pública para pacientes y familiares de diferentes sitios *web* (*ibid*).

Siguiendo esta línea de composición de corpus – y de acuerdo con lo expuesto en los apartados anteriores – hemos procedido a la compilación del corpus en español y alemán, que ha sido realizada principalmente de forma electrónica, esto es, accediendo por ejemplo a las distintas revistas a través de su página *web*. Gracias al procedimiento de compilación por *Internet* la fase de la constitución del corpus se pudo llevar a cabo en un tiempo relativamente corto. Hemos recopilado textos directamente relacionados con la categoría léxica que nos disponemos a analizar: PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO. El corpus formado para este estudio consta, por lo tanto, de los siguientes textos:

**CORPUS**

<b>ESPAÑOL</b> (765 948 palabras) (corpus español de <i>OncoTerm</i> : 4 500 000 de palabras)	<b>ALEMÁN</b> (370 496 palabras)
<b>comunicación especialista – especialista</b>	
<b>revistas / publicaciones especializadas en oncología (incluidas páginas web):</b>  <i>PDQ Cancernet (NCI)</i> <i>Curso de Hematopatología (Hospital de Tortosa Verge de la Cinta)</i>	<b>revistas / publicaciones especializadas en oncología (incluidas páginas web):</b>  <i>Leitlinien Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft)</i> <i>Krebsinfo (Tumorzentrum München)</i>
<b>revistas / publicaciones especializadas (páginas web) destinadas a médicos y otros profesionales de la salud:</b>  <i>El médico</i> <i>Diario médico</i> <i>Atheneum / Atención Primaria</i> <i>Atheneum / Jano</i> <i>Atheneum / Anales Españoles de Pediatría</i> <i>Bibliomed</i>	<b>revistas / publicaciones especializadas (incluidas páginas web) destinadas a médicos y otros profesionales de la salud:</b>  <i>Aerztezeitung</i> <i>Aerztewoche</i> <i>Tumorzentrum Freiburg</i> <i>Tumorzentrum München, Medizinische Fakultät. Informationen für den Arzt</i> <i>ITZ-Tübingen</i>
<b>comunicación especialista – público / paciente</b>	
<b>revistas / publicaciones de divulgación oncológica o médica general (páginas web):</b>  <i>PDQ Cancernet (NCI)</i> <i>El médico de familia</i> <i>Worldwidehospital</i> <i>Tuotromedico</i>	<b>revistas / publicaciones de divulgación oncológica o médica general (páginas web):</b>  <i>PDQ Cancernet (NCI)</i> <i>Deutsche Krebshilfe</i> <i>Medicine-worldwide</i> <i>Netdokter</i> <i>Tumorzentrum München, Patientenbezogene Informationen zu Krebserkrankungen</i>
<b>revistas de divulgación general / diarios:</b>  <i>El Mundo (página web: elmundosalud)</i> <i>Ideal</i> <i>ABC (abctusalud)</i>	<b>revistas de divulgación científica o general / diarios:</b>  <i>Bild der Wissenschaft</i> <i>Frankfurter Allgemeine Zeitung (F.A.Z.)</i> <i>Tageszeitung (taz)</i> <i>Die Welt</i>

Tabla 3.1: Clasificación del corpus sobre *procedimiento diagnóstico* en lenguas alemana y española.

Si comparamos nuestro corpus con el corpus del proyecto *OncoTerm* que, como decíamos antes, ya cuenta con más de 4,5 millones de palabras, su tamaño quizás pueda ser considerado como demasiado pequeño. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el

corpus comprende casi exclusivamente textos que tratan sobre una de las categorías de las que se compone el evento oncológico: el Procedimiento Diagnóstico.

Los tipos textuales (López Rodríguez 2000) que componen nuestro corpus son variados:

- artículos y resúmenes de publicaciones oncológicas para médicos,
- artículos y resúmenes de publicaciones médicas para médicos,
- páginas *web* para profesionales de la salud,
- páginas *web* tipo “folleto” para pacientes y el público en general,
- artículos de publicaciones de divulgación especializada
- artículos de publicaciones de divulgación general
- diccionarios especializados en alemán y español

La clasificación de los textos en grupos nos permite llegar a las relaciones entre los participantes en la comunicación (Hess-Lüttich 1998: 211); creemos que, de este modo, podemos relacionar, de forma clara, los tipos de textos con los interlocutores y los diferentes actos de habla codificados en los textos.

Los textos del corpus reflejan la transmisión de información entre una serie de emisores y receptores prototípicos que presentan unas necesidades reales y concretas. Cada mensaje se transmite gracias a un acto de comunicación concreto en el marco de una determinada situación comunicativa (cap. 4). De dichos actos de comunicación surgen discursos en los que predomina una serie de actos de habla determinados:

<b>EMISOR</b>	<b>ACTOS DE HABLA PRIORITARIOS UTILIZADOS PARA LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>DESTINATARIO</b>
<b>Especialista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ informar/describir/definir</li> <li>○ informar/describir/definir</li> <li>○ describir/explicar</li> <li>○ describir/explicar</li> <li>○ describir/explicar/ilustrar/ convencer/tranquilizar</li> <li>○ describir/explicar/ilustrar/ convencer/tranquilizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Especialista (oncólogo)</li> <li>○ Especialista (médico)</li> <li>○ alumno de universidad</li> <li>○ personal sanitario</li> <li>○ usuario de servicios médicos / paciente / familiar</li> <li>○ interesado /grupo de riesgo</li> </ul>

Tabla 3.2: Emisor – actos de habla – destinatario

Los dos grupos de receptores que aparecen al final de la tabla forman, sin lugar a dudas, el grupo de usuarios con menos conocimientos previos en el campo de la oncología, sobre todo, si los comparamos con los grupos de receptores formados por oncólogos, médicos generalistas o estudiantes de medicina. Se trata de los usuarios que prácticamente no comparten conocimientos sobre la materia especializada con el emisor del texto.

Pearson (1998: 35 ss.) ofrece diferentes constelaciones de situaciones comunicativas con interlocutores prototípicos, que, según la autora, no pretenden ser exhaustivas. Por el tipo de interlocutores se determina el grado de especialidad del discurso y, por consiguiente, la densidad terminológica y el tipo textual. Pearson especifica cuatro situaciones diferentes con los siguientes interlocutores:

1. la comunicación experto – experto
2. la comunicación experto – iniciado
3. la comunicación experto – lego
4. la comunicación profesor – alumno

Parece obvio que tanto respecto a la comunicación experto-lego como a la de profesor-alumno es imposible determinar el nivel de abstracción del discurso sin determinar previamente el tipo textual del que se trate. Una clasificación de esta índole es de poca

utilidad mientras no se aplique a un estudio concreto. Sin embargo, la autora nos proporciona una clasificación básica adaptable a un estudio concreto con corpus.

El siguiente esquema muestra el contexto de las situaciones comunicativas creadas por el corpus arriba descrito, esta vez sin la inclusión de los actos de habla. De esta forma, resaltan mejor los interlocutores y la variedad solamente se da en relación con el receptor. En primer lugar, tenemos al emisor del texto de contenido oncológico, es decir, el especialista que se dirige a los siguientes receptores:

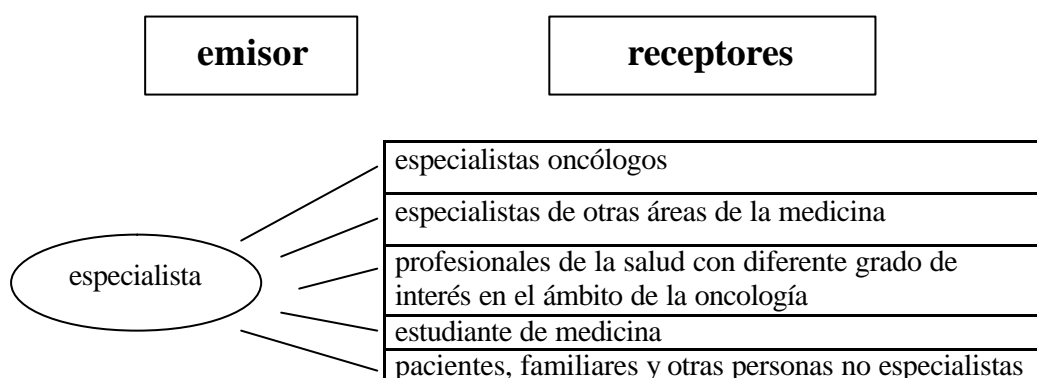


Fig. 3.1: Tipos de interlocutores presentes en el corpus.

Después de la compilación de los dos *corpora* (alemán y español) y la clasificación de los textos según cada acto de comunicación donde se plasma la situación comunicativa con sus interlocutores prototípicos, pasaremos al análisis del corpus. A tal efecto, necesitaremos recurrir a una de las herramientas computacionales de análisis disponibles en la actualidad que describiremos brevemente en el siguiente apartado.

### 3. 3. Metodología de análisis del corpus (herramientas)

Los análisis de *corpora* en formato electrónico abren nuevos caminos al terminógrafo ya que, gracias a que se trata de herramientas cada vez más avanzadas, los datos contenidos en los textos son más accesibles que en aquellos momentos en los que los análisis se hacían manualmente, sin la ayuda del ordenador. El ordenador cumple un papel activo en este tipo de investigación, es decir, el análisis basado en corpus:

The investigation of new types of data is possible in corpus-based analysis because the computer becomes an *active agent* in discovering linguistic generalizations, contextual regularities, lexical properties, etc. (Bowker 1996: 32).

Antes de mencionar las herramientas concretas que se utilizarán para los análisis de los *corpora*, es imprescindible especificar qué tipos de análisis concretos del corpus se pretende llevar a cabo. En relación con el tratamiento y la explotación de los *corpora* informatizados Pérez Hernández et al. (1999) distinguen entre dos tipos de análisis: el cualitativo y el cuantitativo, y los definen como sigue:

Se suele hacer una distinción entre dos tipos generales de análisis del corpus: *cualitativo*, en el que se hace una descripción detallada y completa de un fenómeno lingüístico o del comportamiento de una palabra o grupo de palabras y *cuantitativo*, en el que se asignan índices de frecuencia a los fenómenos lingüísticos observados en el corpus y éstos pueden servir para construir modelos estadísticos más complejos que expliquen la evidencia hallada en el texto (ibid: 184).

Los autores insisten en que los dos tipos de análisis no se deben considerar como excluyentes, sino como complementarios, ya que el análisis cualitativo permite reflejar observaciones poco frecuentes e insólitas, mientras que gracias al análisis cuantitativo, se pueden ofrecer datos significativos desde el punto de vista estadístico. Adoptamos esta postura ya que en nuestra opinión sería en detrimento de los posibles resultados si excluyéramos uno de los dos tipos de análisis. Sin embargo, veremos más adelante que nuestros análisis son primordialmente de carácter cualitativo.

Biber et al. (1998) describen así las características de un estudio basado en corpus:

- it is empirical, analyzing the actual patterns of use in natural texts;
- it utilizes a large and principled collection of natural texts, known as a “corpus”, as the basis for analysis;
- it makes extensive use of computers for analysis, using both automatic and interactive techniques;
- it depends on both quantitative and qualitative analytical techniques (ibid: 4).

Los autores de esta definición del concepto *análisis basado en corpus* coinciden con Pérez Hernández et al. (ibid) en la importancia de aplicar los dos tipos de análisis, esto es, el cuantitativo y el cualitativo.

Uno de los muchos programas de análisis de corpus, que se encuentran actualmente en el mercado, aplicable además tanto al análisis cualitativo como al

cuantitativo es el programa *Wordsmith Tools*<sup>32</sup> distribuido por *Oxford University Press*. Más conocidos y utilizados por ser menos recientes son por ejemplo *MicroConcord* y *Oxford Concordancing Program*, ambos también de *Oxford University Press* y *WordCruncher* de *Wordcruncher Publishing Technologies* que, igual que *Wordsmith Tools*, son programas comerciales (Pérez Hernández et al. *ibid*<sup>33</sup>, Bowker 1996: 46). De las herramientas que se distribuyen de forma gratuita quizá el más conocido sea *TACT* de la Universidad de Toronto.

Optamos por *Wordsmith Tools* por tratarse de un programa que se utiliza cada vez más en estudios con *corpora* especializados (López Rodríguez 2000, Pérez Hernández 2000). Se trata de un programa que ofrece una serie de herramientas muy útiles y de relativamente fácil manejo. Pérez Hernández (*ibid*) resalta el hecho de que, aunque ofrezca las mismas opciones básicas de análisis que los demás programas diseñados para su aplicación a corpus especializados, *Wordsmith Tools* también incluye herramientas para realizar cálculos estadísticos ausentes en los demás. Los cuatro grupos de herramientas principales son los siguientes:

- (a) WORDLIST
- (b) KEYWORDS
- (c) CONCORD
- (d) VIEWER, SPLITTER y CONVERTER

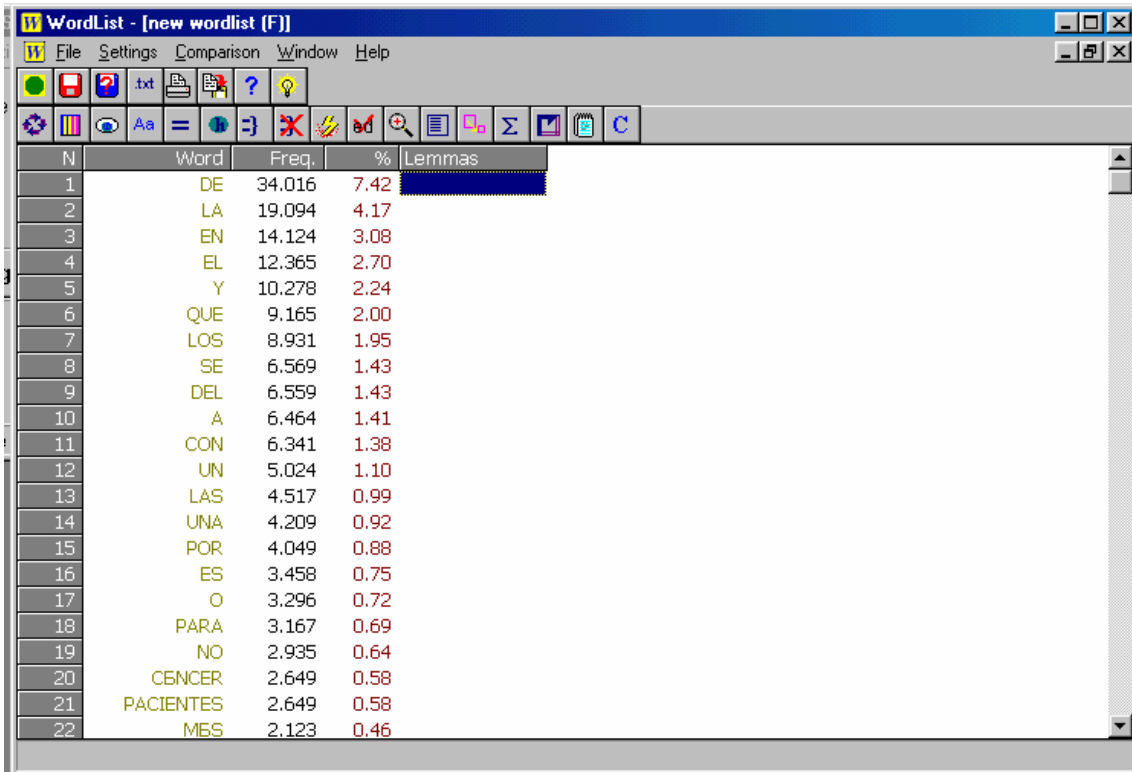
De entre los análisis textuales y los cálculos estadísticos que se pueden realizar con estas herramientas destacan los siguientes, que además son los más útiles para nuestros propósitos:

- Con la herramienta *WordList* se pueden sacar listas de palabras ordenadas bien de forma alfabética bien por frecuencia; también permite comparar listas de palabras con el objetivo de comparar las frecuencias de uso. Si aplicamos esta herramienta a nuestros análisis, podemos descubrir datos en relación con la frecuencia de unidades terminológicas determinadas, en concreto, la diferencia en el uso de una variante u

---

<sup>32</sup> Este programa [<http://www.liv.ac.uk/~ms2928/homepage.html>] ha sido creado por Mike Scott de la Universidad de Liverpool para *Oxford University Press*.

otra. En la siguiente figura se muestra la primera parte de los índices de frecuencia de nuestro corpus español:



The screenshot shows the WordList application window titled "WordList - [new wordlist (F)]". The interface includes a menu bar (File, Settings, Comparison, Window, Help) and a toolbar with various icons. The main area displays a table with the following data:

N	Word	Freq.	%	Lemmas
1	DE	34.016	7.42	
2	LA	19.094	4.17	
3	EN	14.124	3.08	
4	EL	12.365	2.70	
5	Y	10.278	2.24	
6	QUE	9.165	2.00	
7	LOS	8.931	1.95	
8	SE	6.569	1.43	
9	DEL	6.559	1.43	
10	A	6.464	1.41	
11	CON	6.341	1.38	
12	UN	5.024	1.10	
13	LAS	4.517	0.99	
14	UNA	4.209	0.92	
15	POR	4.049	0.88	
16	ES	3.458	0.75	
17	O	3.296	0.72	
18	PARA	3.167	0.69	
19	NO	2.935	0.64	
20	CENCER	2.649	0.58	
21	PACIENTES	2.649	0.58	
22	MES	2.123	0.46	

Fig. 3.2: La herramienta *WordList* con los índices de frecuencia de las palabras.

- o Con *WordList* también se puede comparar la totalidad de palabras (*tokens*) con el número de las diferentes formas (figura 3.3).

<sup>33</sup> En Pérez Hernández et al. (1999) se encuentra información detallada en relación con los programas más importantes de manejo de corpus.



N	1	2	3	4	5	6
Text File	OVERALL	301198.TXT	300799.TXT	300500.TXT	300498.TXT	300399.TXT
Bytes	9.485.694	1.912	1.617	7.001	3.355	3.323
Tokens	1.094.884	171	145	610	293	310
Types	53.327	122	104	320	189	176
Type/Token Ratio	4.87	71.35	71.72	52.46	64.51	56.77
Standardised Type/Token	39.87					
Ave. Word Length	5.20	6.25	6.23	6.25	6.40	5.95
Sentences	51.570	11	9	32	15	16
Sent. length	20.89	15.55	16.11	19.06	19.53	19.38
sd. Sent. Length	17.18	6.62	9.20	8.56	10.52	8.23
Paragraphs	2.221	0	0	0	0	0
Para. length	93.95					
sd. Para. length	248.10					
Headings	116	0	0	0	0	0
Heading length	41.79					
sd. Heading length	50.52					
1-letter words	59.996	1	0	17	0	2
2-letter words	211.446	13	10	53	18	19
3-letter words	185.939	35	42	160	75	94
4-letter words	82.289	15	18	56	30	30
5-letter words	82.192	19	14	50	31	20
6-letter words	82.089	21	10	33	25	35
7-letter words	82.731	13	15	41	20	27
8-letter words	70.245	14	4	40	24	18
9-letter words	60.276	12	2	12	10	14

Fig. 3.3: Totalidad de palabras (*tokens*), de las diferentes formas (*types*), etc.

- La herramienta *KeyWord* permite extraer las palabras clave de un corpus entero o de un solo texto y ver, por ejemplo, su distribución en el mismo y las conexiones o enlaces que unen una palabra clave con otras. Se pueden comparar las palabras más frecuentes de un corpus específico objeto de análisis con otro corpus de referencia que suele ser de contenido general. Sin embargo, la herramienta *Concord* nos ha resultado de más utilidad, dado que ofrece la posibilidad de extraer palabras clave acompañadas por un co-texto, como veremos a continuación.
- Se pueden confeccionar listas de palabras con el fin de excluirlas de las búsquedas, ya que no contienen información pertinente y tergiversarían el resultado de los análisis. En general, se suelen excluir artículos, pronombres, preposiciones, etc.
- La herramienta *Concord* permite realizar listas de concordancias (*Key Word in Context - KWIC*) en las que aparece el término en el centro de un co-texto que suele tener la longitud de una línea (figura 3.4). De hecho, se trata de la herramienta que

hemos utilizado prácticamente de forma exclusiva en nuestros análisis, dado que nos interesan principalmente las concordancias que presenta cada término, en concreto, cómo se expresa el autor especialista en la materia para hacer llegar un mensaje concreto a un receptor bien definido. Ahí entran, como veremos al final de este capítulo así como en el capítulo 5, tres aspectos fundamentales que nos proponemos resolver gracias a los análisis:

- (a) Nos interesa averiguar si el autor del texto utiliza alguna variante denominativa.
- (b) Queremos saber si, dependiendo de los receptores, determinados datos tienen prioridad respecto a otros, es decir, si en nuestro corpus se detecta que los receptores suelen manifestar necesidades específicas.
- (c) Otro aspecto importante será la elaboración de un lenguaje especializado controlado para convertirlo en metalenguaje con vistas a la construcción de la definición variable.

En la siguiente figura se observa una parte de las líneas de concordancia extraídas del corpus español en la búsqueda del término *diagnóstico* (*diagno\**):

N	Concordance	Set	Tag	Word No.	File	%
191	in linfoma relacionado con el SIDA recién diagnosticado que se dividieron de manera			876	foma5.txt	36
192	s de edad.[2,3] En los Estados Unidos, se diagnostican unos 800 casos nuevos de L			378	foma3.txt	25
193	de inducción apropiada. Los niños recién diagnosticados con LMA tienen una supervi			286	em~7.txt	16
194	leucemia mieloide aguda infantil (LMA) se diagnostica cuando la médula y sea tiene			1.234	em~7.txt	67
195	pos de LMA del FAB. También puede ser diagnosticado por biopsia de un cloroma. P			1.264	em~7.txt	69
196	un trastorno clonal que generalmente se diagnostica con facilidad porque las células			111	em~6.txt	6
197	. Por lo tanto, todos los pacientes recién diagnosticados deberán ser considerados c			1.716	em~6.txt	83
198	y adolescentes menores de 20 años son diagnosticados con LLA cada año en los E			344	em~4.txt	20
199	ena ligera (kappa o lambda).[2] La LLC se diagnostica por un incremento absoluto d			333	em~3.txt	27
200	eterminar el tratamiento.[1-4] Los niños diagnosticados con hepatoblastomas en et			1.130	ado~2.txt	63
201	0% que representa la etapa IV. Los niños diagnosticados con carcinoma hepatocelu			1.166	ado~2.txt	65
202	la enfermedad de Hodgkin infantil recién diagnosticada son curables con terapia mo			745	dgkin3.txt	35
203	bs del 75% de todos los pacientes recién diagnosticados con la enfermedad de Ho			52	dgkin2.txt	2
204	) 4. Glioma del tallo encefálico (suele diagnosticarse sin biopsia, por medio			250	ma~1.txt	12
205	. [1-3] 3. Más de la mitad de los niños diagnosticados con tumores cerebrales			548	ma~1.txt	28
206	l. Un número estimado de 800 casos son diagnosticados anualmente en los Estados			27	cro~1.txt	1
207	ad es que más del 90% de los pacientes diagnosticados propiamente y tratados son			329	cro~1.txt	18
208	las niñas menores de 15 años de edad, diagnosticándose la mayoría de los casos			3.758	rac~1.txt	71
209	senta del 10% al 20% de todos los casos diagnosticados en los Estados Unidos. Lo			123	mago.txt	34
210	orresponde al paciente que ha sido recién diagnosticado y que no ha tenido ningún t			1.004	moso.txt	64
211	) 4. Glioma del tallo encefálico (suele diagnosticarse sin biopsia, por medio			239	ndi~1.txt	17
212	es.[3-5] 3. Más de la mitad de los niños diagnosticados con tumores cerebrales so			534	ndi~1.txt	39
213	epelup. EPENDIMOMA INFANTIL RECIENTE DIAGNOSTICADO. En el paciente recién di			1.204	edid~1.txt	60

Fig. 3.4: Líneas de concordancia extraídas con *Concord*.

- El co-texto se puede extender también a varias líneas (véase apéndices I-VIII) si se activa la opción *adjust settings* antes de proceder a los análisis. La herramienta *Concord* permite la realización de una serie de cálculos estadísticos de distinta índole entre los que figura, por ejemplo, la opción de extraer todas las colocaciones de una unidad terminológica en una lista de frecuencia. También ofrece la opción de analizar patrones léxicos (*patterns*) y agrupaciones de palabras (*clusters*).
- Entre las herramientas adicionales más interesantes se encuentra el *Viewer* que permite acceder al texto al que pertenece una concordancia y comparar el texto original con uno paralelo o el *Splitter* con el que se pueden dividir textos muy largos en varios pequeños, así como el *Text Converter* que convierte el formato de un texto según las necesidades de cada usuario.

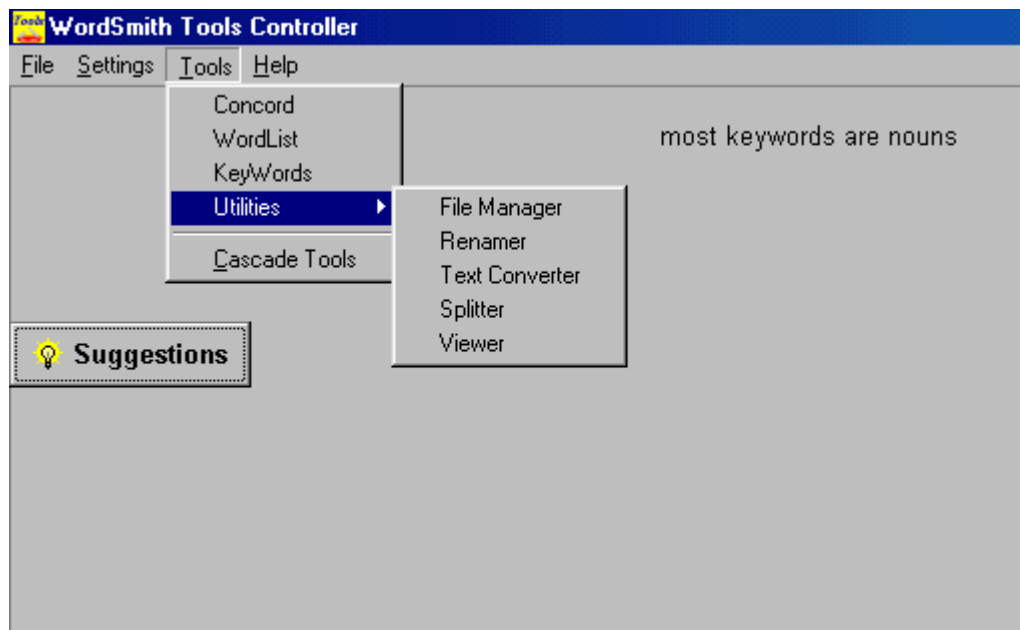


Fig. 3.5: Las herramientas de *WordSmith Tools*.

Sin lugar a dudas, la herramienta que más nos interesa es *Concord*, primordialmente por la opción que nos brinda de trabajar con varias líneas de co-texto.

Bowker (1996) describe así las ventajas que ofrece el análisis de segmentos de texto con palabras clave en co-texto (*KWIC*), entre las que destaca, en nuestra opinión, la posibilidad de obtener datos pragmáticos:

By viewing segments of text containing *key words in context* (*KWIC*), a terminographer can deduce a variety of syntactic, semantic, and pragmatic details that can be found much more easily than by manual scanning methods, introspection, or interrogation of subject-field experts (Bowker *ibid*: 32).

De acuerdo con el objetivo principal de este estudio, es decir, la construcción de una definición pragmática para el sitio *Web* de la base de datos terminológica de la aplicación informática *Ontoterm*, haremos, sobre todo, uso de la herramienta *Concord* que, como hemos mencionado más arriba, nos da acceso al conjunto de las apariciones de una unidad terminológica en todos los textos o parte de ellos del corpus. Asimismo permite comparar las colocaciones con las que aparece una misma unidad en textos para profesionales de la salud, por una parte, y en textos para pacientes y familiares, por otra.

En este sentido, a través de *Concord* nos será posible una serie de análisis que, a su vez, nos llevará hacia resultados concretos, a saber:

- En primer lugar, comenzando por los corpus dirigidos a pacientes, procederemos a la búsqueda de los conceptos específicos del concepto *endoscopia* que, a su vez, pertenece a la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO. A lo largo de dichas búsquedas van apareciendo, en las concordancias extraídas con *Concord*, VARIANTES denominativas de las unidades terminológicas objeto de este primer análisis. Profundizaremos la búsqueda de variantes en relación con cada uno de los diferentes tipos de endoscopia presentes en los *corpora*. Esta forma de proceder se repetirá en los dos corpus para los profesionales de la salud, en alemán y español. Veremos que la variación se observa sobre todo en los corpus para pacientes y, en menor medida, en los destinados a los profesionales de la salud.
  
- Una vez que hayamos observado y confirmado la existencia de algún tipo de variación en los corpus, aparece como uno de los resultados el hecho de que, como acabamos de mencionar, dicha variación se da principalmente en un grupo de textos: los corpus dirigidos a los pacientes, sus familiares y demás personas

legas. En concreto, en los corpus para estos grupos de receptores se utilizan variantes divulgativas, en los corpus para los profesionales de la salud, sin embargo, casi sólo los términos no divulgativos, esto es, los tecnicismos.

- Estos datos nos llevarán a la siguiente fase de los análisis con *Concord* que consistirá en la extracción de concordancias con el objetivo de averiguar se contienen algún tipo de información pragmática – aparte de la variación – , en concreto, datos que sean de interés para el usuario del texto en cuestión. Veremos que para cualquier grupo de receptores existen datos relevantes que necesiten conocer y que probablemente tengan que ser incluidos en las definiciones pragmáticas. A lo largo de esta fase nos daremos cuenta de que no solamente podremos incluir la información pragmática en las definiciones, es decir, si una unidad terminológica determinada se utiliza en un tipo de discurso concreto, por una parte, y si existe información pragmática relevante para el usuario concreto, por otra. Sino que, al analizar el corpus mediante la extracción de concordancias, observaremos que va saliendo y perfilándose un tipo de lenguaje que puede ser utilizado incluso en la definición misma, al convertirse en lenguaje controlado. Esto nos conduce a la afirmación de que la definición terminológica pragmática tendrá que ser elaborada, dependiendo de los receptores de nuestra base de datos terminológica. De este modo, podremos convertir la definición realmente en definición VARIABLE, en el sentido de que:

- ✚ La definición variable ofrecerá informaciones semánticas básicas presentadas en el capítulo 2, reflejadas por las relaciones IS\_A, FUNCIÓN, INSTRUMENTO y PROCESO, así como diferentes datos pragmáticos dependiendo del método de diagnóstico en cuestión, por una parte, y del usuario concreto, por otra.

- ✚ La definición variable se elaborará con la ayuda de un tipo determinado de metalenguaje, en este caso médico-oncológico; dicho metalenguaje se confeccionará gracias a los resultados obtenidos durante los análisis de los corpus, en concreto, a partir de las concordancias extraídas de ellos. De este

modo, podremos disponer del lenguaje que utilizan los expertos para la descripción de un término; podremos recurrir a un lenguaje que refleje realmente el discurso que se realiza en esta especialidad médica. Observaremos que no solamente la terminología, sino también todo el lenguaje utilizado por el especialista presenta variación si comparamos los corpus dirigidos a los profesionales de la salud con los destinados a los pacientes. Los autores de los textos suelen recurrir a un discurso específico dependiendo del usuario concreto; convertiremos este discurso específico plasmado y codificado en los textos de nuestro corpus en un metalenguaje pragmático para su utilización en la elaboración de la definición variable. De este modo, la definición se fundamenta en un lenguaje real y auténtico convertido más que en un metalenguaje, en un *metadiscurso*.

## 4. La dimensión social o la pragmática de la terminología

### 4.1. Introducción

La dimensión social es la más flexible de las tres dimensiones de las que se compone la unidad léxica, ya que hace referencia fundamentalmente a la evidente falta de univocidad en la comunicación profesional como macrocontexto de acción comunicativa. En este sentido, los parámetros de análisis vienen dados por la relación entre la propia unidad terminológica y la *situación comunicativa* en la que se ha actualizado. Se trata de una dimensión estrictamente sociocultural en el sentido de que se ha de reflejar el estatus de los participantes en la acción comunicativa y la relación entre ambos en términos de distancia social y poder.

Al contrario de la dimensión lingüística y la cognitiva, la descripción de la dimensión llamada *social* habría de responder a las demandas sociales reales del receptor de un discurso determinado, esto es, a la adecuación del discurso utilizado por el emisor de un texto especializado a la situación comunicativa en la que se está actualizando el mismo. Los elementos terminológicos, por tanto, han de reflejar los conocimientos previos del receptor, así como la imagen que el escritor técnico tiene del receptor.

El componente social se encargaría de la ampliación y complementación de la dimensión cognitiva, convirtiéndose así en el nivel donde se haga posible tener en cuenta y satisfacer las demandas de cada individuo prototípico receptor de un tipo textual determinado. No se trata, por lo tanto, de un tipo de información necesaria ni suficiente por sí sola, sino que es un tipo de información de naturaleza pragmática que se refiere a elementos informativos en relación con el perfil del receptor concreto. Por todo ello, estos factores meramente sociales nos alejan del receptor aún abstracto e indefinido en el marco de la dimensión cognitiva y nos acercan a una imagen real de un receptor concreto.

Al contrario, pues, de la información procedente de la dimensión cognitiva, donde cada tipo de información tiene en cuenta el conocimiento general prototípico, en el marco de la dimensión social pasamos del receptor general con un prototipo muy amplio, al receptor individual con un perfil concreto. Nord (1988) habla de la pragmática enfocada hacia el receptor (*Empfängerpragmatik*) como uno de los factores pragmáticos más importantes o quizás el más importante en el análisis del texto origen dentro del proceso de la traducción. La autora ofrece una lista de datos sobre el receptor que, según ella, habrá que tener en cuenta en dicho análisis: edad, sexo, formación, entorno social, origen geográfico, posición social respecto al emisor, etc. (ibid: 59). Sin partir exclusivamente de la estructura de la información propuesta de la profesora Nord, sí intentaremos sistematizar la información que haga referencia a ese tipo de patrones socioculturales.

#### **4.2. Estructura de la información intercultural**

El auge que está experimentando el estado de la investigación tanto en el ámbito de la terminología, como en el de la traducción o los estudios de la pragmática intercultural, es comparable al del léxico en la pasada década. De hecho, este trabajo pretende entroncarse dentro de una clara y fructífera línea de investigación actual que combina la ambición mostrada en los estudios en torno a la representación del conocimiento experto, donde incluimos la descripción terminológica (Wright 1997, Pearson 1998, Temmerman 2000, 2001, Faber 2000, 2001, Moreno Ortiz 2000, Pérez Hernández 2001, Wittwer 2001, Müller 2002), con el fervor de los estudios interculturales en traductología. Se trata, ante todo, de descubrir y explicar formas de representación del conocimiento adecuadas y adaptadas al tipo textual del que se está hablando, es decir, a la situación comunicativa concreta que se está actualizando, para ponerlas al servicio del proceso traductor (López Rodríguez 2000, Floros 2002, Witte 2000).

Esta tradición basa su investigación en la necesidad de ofrecer una metodología de análisis que combine la semántica léxica y la textual con los nuevos avances propuestos por los estudios sociolingüísticos de los modelos culturales. Los creadores de conceptos como *Handlungsmuster* y *Handlungsmusterwissen*<sup>34</sup> o *mentale Vorstellungswelt des*

---

<sup>34</sup> Modelo de actuación y conocimiento del modelo de actuación o acción (Wotjak 1988).



*Rezipienten*<sup>35</sup>, por mencionar dos de los seguidores de las enseñanzas de la pragmática intercultural aplicada a la Traductología, se afanan por describir la relevancia de los modelos culturales presentes en los productos textuales.

Plantearemos la tesis de que concretamente los productos textuales especializados y su armazón semántico, las unidades léxicas especializadas no son, en este sentido, diferentes. Más bien al contrario de lo que ha venido difundiendo la tradición lingüística, son precisamente los textos especializados junto a las unidades léxicas especializadas que los sustentan, los elementos semánticos donde con más facilidad se aprecia la codificación de modelos culturales como creación y configuración del significado experto. De hecho, el texto especializado se rige por unos estrictos cánones de configuración terminológica y retórica patentes incluso en los medios que los publican<sup>36</sup>.

Si para dar cuenta del tipo de modelo cultural del lexema especializado hemos de analizar en profundidad la estructura de su definición, así como ser capaces de ofrecer modos de codificarla en un metalenguaje adaptado al receptor de la misma, para desentrañar el tipo de modelo cultural presente en el nivel textual habría que recurrir a los planteamientos de López Rodríguez (2000 y 2002b), referidos tanto a la distribución de las cadenas léxicas en tipos y géneros textuales, como a la distribución de clases léxicas según la sección retórica y el tipo textual de que se trate.

En el presente capítulo, se expondrán las bases según la metodología de análisis presentada en el capítulo anterior, para el estudio y la investigación de la información pragmática codificada en la definición de las unidades terminológicas y su aplicación interlingüística a las lenguas española y alemana. Para ello, se aplicarán, por un lado, las posibilidades que ofrece la lingüística de corpus, sobre todo, la configuración de los diferentes métodos de extracción semiautomática de la información terminológica de *corpora* creados *ad hoc* (Pérez Hernández 2000) (cap. 3) para posteriormente descubrir el perfil del usuario potencial de cada término y reflejarlo en su definición. Los análisis exhaustivos de la subcategoría objeto de este trabajo se realizarán en el capítulo 5.

---

<sup>35</sup> Universo de la representación mental del receptor (Wittwer 2001).

<sup>36</sup> Cfr. López Rodríguez (2002a) acerca del formato *IMRAD*.

### **4.3. Tipos de análisis pragmáticos del léxico especializado**

Tres son los parámetros que se aplican al análisis de la información pragmática en la unidad léxica; dos de ellos claramente entroncados en la tradición estructuralista de la semántica léxica y un tercero que parte de las innovaciones en el análisis que permiten las nuevas formas de estudio de corpus.

- a) En primer lugar, el análisis se centra en el concepto de *variación terminológica* (Faulstich 2002, Tercedor Sánchez 2002, Tercedor Sánchez & Méndez Cendón 2000), gracias al que se ofrece una relación razonada de los diferentes términos que hacen referencia a un concepto y que son susceptibles de aparecer en los distintos tipos de textos, según el área temática que se esté activando.
- b) Dentro de la misma línea y estrechamente relacionado con el anterior, se ofrece una explicación de la relación que existe entre el *nivel de abstracción* de una unidad léxica especializada, el *tipo de texto* donde cada una de ellas tiene más posibilidades de ser actualizada en función precisamente de ese nivel de abstracción y el *acto de habla* principal que se vea representado socialmente en el texto.
- c) El tercer parámetro está relacionado con la creación de una estructura coherente de la definición de los términos. Tal estructura no solo debe obedecer a un patrón denominado *modelo cultural* y que en definitiva no es más que aquel conjunto de elementos que el experto espera encontrar en las definiciones. Más bien, como veremos, ha de tratarse de un tipo de estructura que esté al servicio del potencial usuario de la misma. Para tal efecto, hemos de extraer de los propios textos analizados en el corpus un metalenguaje controlado que no solo ofrezca la información pertinente, sino que la ofrezca teniendo en cuenta el nivel y el conocimiento previo del usuario de la misma.

A continuación, se desarrollan los tres parámetros de análisis y se ofrecen ejemplos extraídos de nuestro corpus.

#### **4.3.1. Un nuevo concepto de variación léxica en terminología**

Con la introducción de la *socioterminología* (apartado 2.2, Gaudin 1990, Boulanger 1995), el intento de sistematización de los fenómenos contextuales que aparecen en los textos donde se actualizan estas unidades léxicas (Dubuc & Lauriston 1997), la inclusión de la estructura del *marco* conceptual en las definiciones (Strehlow 1997), el planteamiento teórico que supone para Gläser (1998), Hess-Lüttich (1998) o Adamzik (1998) la relación entre las unidades terminológicas y los estilos funcionales o incluso con la relación ideológica entre término y texto de Wußler (1997), los noventa arrancaron con el férreo propósito de describir las relaciones socioculturales codificadas en los términos.

En cualquier acto comunicativo o tipo textual, la descripción pragmática de la unidad léxica actualizada se ha basado en el análisis de la información de contenido axiológico, esto es, el tipo de valoración codificada en la unidad léxica. A este tipo de información y como explicación de la propia valoración, sigue un análisis en el que se explicita si dicha valoración se debe a que se presenta una variación *diatópica*, es decir, que una probable valoración negativa que la unidad léxica codifique en su uso se deba posiblemente a que forme parte de un dialecto que no es bien considerado socialmente (Jiménez Hurtado 2000, 2001). Por otra parte, puede darse el caso de que un lexema transmita por ejemplo una valoración positiva debido a que sea prototípicamente usado siempre en situaciones formales, etc.

Las relaciones entre la ubicación de una unidad léxica en un punto de la escala axiológica y un dialecto, un nivel de lengua o un estilo de lengua han sido en parte estudiadas por diversos autores entre los que ha destacado siempre el profesor Coseriu (1986) por su sistematicidad. Aunque en los lenguajes de especialidad, los parámetros de análisis han de seguir siendo los mismos y los resultados depender del tipo de situación comunicativa que se esté actualizando, la realidad es que la mayoría de los autores los han encuadrado hasta el momento dentro de la categoría que comprende la variación *diafásica*, es decir, lo que Coseriu (ibid: 303) denomina *estilo de lengua* y que suele depender del grado de intimidad que potencie la situación comunicativa y del equilibrio de poder entre los participantes en la misma. Según Adamzik (1998: 182), los lenguajes de especialidad pertenecen a las variedades situativo-funcionales:

Vom synchronen Standpunkt aus, unterscheidet man: 1. regionale, 2. soziale und 3. funktionale oder situative Varietäten... Die Fachsprachen werden in diesem Konzept den situativ-funktionalen Varietäten zugeordnet.

No obstante, a pesar de la tradición de esta estructuración, el análisis de la información pragmática codificada en la unidad léxica especializada ha de partir de los participantes prototípicos de cualquier situación comunicativa donde se produzca un lenguaje especializado. Un emisor prototípico suele ser un emisor altamente especializado que adapta su discurso y las unidades léxicas que lo codifican a uno o unos receptores cuyos conocimientos y especialización puede variar. Al menos, ese es el esquema que presentan los textos encontrados. En este sentido, la pragmática de un concepto tiene que poder relacionar cada término que a él se refiera con la descripción del conocimiento previo de uno y de otro usuario del término en una situación comunicativa dada (cap. 3).

En la medida en que se presentan dos variables del marco de actuación sociocultural que pretendemos analizar (*emisor y receptor*), el estudio se centrará en el análisis pormenorizado de ambos elementos por separado.

#### **4.3.1.1. La procedencia y el estatus individual**

El análisis de la procedencia y estatus individual, esto es, marco diatópico y diacultural tanto del emisor como del receptor como potenciales participantes en el acto de comunicación, ha de dar respuesta a las cuestiones tales como qué tipo de elementos léxicos actualizaría cada miembro si formara parte en un tipo de acto comunicativo determinado. Se describen así las *potencialidades idiolectales del emisor* como participante prototípico en un posible (diferentes grados de posibilidad) – probable (diferentes grados de probabilidad) – seguro – imposible marco de la acción comunicativa. Es muy *poco probable* que un *estudiante de pregrado de medicina* publique en una revista altamente especializada acerca de un tipo concreto de *procedimiento diagnóstico* para un tipo concreto de cáncer. Sí es *más probable*, en cambio, que un psicólogo le hable a un paciente sobre el dolor y el tipo de anestesia que van a utilizar en el procedimiento diagnóstico para que este último se sienta mejor preparado psíquicamente.

Cuando se describe el concepto de *adecuado* en traducción, también se hace referencia a Coseriu que, en su *teoría del hablar* (1992) distingue el lenguaje en tres planos, el *lingüístico general*, el *lingüístico particular* y el *lingüístico individual*. Este último se adapta al concepto de *estatus individual* que tratamos en este apartado.

El plano *individual* es el más importante para su aplicación a la traducción desde la perspectiva sociolingüística. En ese plano, la actividad cultural del hablar se realiza por hablantes individuales en situaciones particulares; se reconocen los actos de habla y se establece si son *adecuados o no a la situación*. [...] Un texto puede ser totalmente congruente y correcto pero no ser *oportuno* o adecuado en determinadas situaciones (ibid: 97 s.).

El plano individual se distingue del particular en la medida que ya no se trata solamente del hecho de que los hablantes pertenezcan a una determinada cultura y compartan conocimiento del mundo constituyéndose, de esta forma, en un grupo de personas o, en el contexto de nuestro estudio, un grupo de receptores prototípicos de un sitio *web*, sino que nos encontramos en una situación particular con hablantes individuales. Estos hablantes tienen que producir un discurso que, por una parte, sea correcto (*plano lingüístico general*) y congruente (*plano lingüístico particular*), y, por otra parte, oportuno y adecuado en una situación determinada (*plano individual*). Cada uno de estos planos puede ser analizado en cuanto a su contenido específico. El contenido localizado en el nivel del discurso individual, pues, es el *sentido* que se corresponde con las *actitudes, intenciones y suposiciones* (cfr. ibid: 98) de los participantes en la comunicación, así como sobre su conocimiento previo acerca del área de saber del que se trate. El conjunto de estas actitudes, intenciones, suposiciones, expectativas, etc. forma parte esencial del acto de comunicación, ya que es el reflejo de las condiciones socioculturales tanto del emisor como del receptor de un mensaje concreto (cfr. Sager 1993: 149 ss.) y ha de poder ser descrito de una forma u otra.

Witte (2000), por ejemplo, hace hincapié en el hecho de que para cada receptor con sus características específicamente individuales, en una situación de recepción determinada por factores *para, dia e idioculturales*, habrá que abordar, en cuanto a la metodología de análisis, el texto recibido siempre como uno diferente, nuevo:

Für jeden Rezipienten mit seinen spezifisch-individuellen Eigenschaften und seiner aktuellen Disposition, in seiner je para-, dia- und idio-kulturell bedingten Rezeptionssituation ist der rezipierte Text methodologisch als ein je 'anderer' anzusetzen (ibid: 30).

Al igual que el lenguaje en general, los idiolectos técnicos parten de un contexto sociocultural determinado y, por lo tanto, no pueden ser homogéneos. Dado que cada individuo habla una especie de lenguaje propio, de acuerdo con su procedencia y su historia personal, es decir, su idiocultura, se presentan un sinnúmero de variaciones idiolectales. En una situación comunicativa real y concreta, nos enfrentamos al lenguaje elegido por el emisor y recibido por el destinatario en consonancia con sus expectativas. Se trata de un acto comunicativo concreto en el que se actualiza una de las muchas potencialidades idiolectales.

Es interesante la definición del concepto *cultura* propuesta por Vermeer (1990: 36) – y adoptada por Witte (2000: 53) – en la que este autor describe “cultura” como el conjunto de todas las normas y convenciones de comportamiento de una sociedad y los resultados de dicho comportamiento:

Kultur sei die Menge aller Verhaltensnormen und –konventionen einer Gesellschaft und der Resultate aus den normbedingten und konventionellen Verhaltensweisen (Vermeer 1990: 36).

Según Witte (ibid: 53), la “competencia cultural” consiste en el conocimiento y dominio de cultura, en el caso del traductor, de la cultura propia y la ajena (*Eigen- und Fremdkultur*). Este tiene que ser capaz de concienciarse de los fenómenos culturales presentes en el discurso:

Für *professionelles translatorisches Handeln* ist [...] die zum Großteil unbewusst-intuitive Alltagskompetenz in der Eigenkultur allein nicht ausreichend, sondern muss durch die Fähigkeit des *fallspezifisch-funktionsgerechten Sich-Bewusstmachens* kultureller Phänomene [...] ergänzt werden (ibid: 54).

La competencia cultural del traductor como mediador entre culturas tendrá que ser más alta cuanto más específica sea la cultura en cuestión. En el marco diacultural, el mediador tendrá que activar conocimientos sobre fenómenos diaculturales potencialmente presentes en el acto de comunicación. Entendemos “diacultura” como la cultura de un grupo o parte de una comunidad más amplia, siendo la cultura de esta última la “paracultura” en el sentido de cultura como conjunto de la sociedad (cfr. Witte ibid: 56 ss., Vermeer ibid: 37). Vermeer (ibid) denomina la cultura de un individuo dentro de un espacio temporal determinado “idiocultura”. Aunque en la mayoría de los casos se produzca un texto *desde* la perspectiva de una diacultura / paracultura o bien

para receptores pertenecientes a una determinada diacultura / paracultura, se puede adaptar la producción textual aún mejor al perfil del receptor si nos situamos en el marco idiocultural. En realidad, el individuo no existe sin la cultura de su entorno, la crea y la cambia de forma constante:

Die Individualität der An-Eignung von “Kultur” lässt den Einzelnen in einem kontinuierlichen dialektischen Prozess zum ‘Ko-Produzenten’ gesellschaftlicher Realität werden [...] *Methodologisch* gesehen erfolgt daher mit jedem und durch jedes (neue und bereits integrierte) Mitglied einer Kulturgemeinschaft ein stetiger *Kulturwandel*. [...] weder ein theoretisches Begriffskonstrukt “Individuum” noch ein empirisch beobachtbares Phänomen “Individuum” [ist] losgelöst von der jeweils umgebenden Kultur ‘fassbar’ (Witte *ibid*: 64).

Parece obvio que la idiocultura condiciona la diacultura y ésta la paracultura o, lo que es lo mismo, no hay acción cultural de ningún tipo sin la participación del individuo. Pero también existe una relación en dirección contraria: cada individuo no sólo influye en la cultura de su grupo, la diacultura, sino se encuentra expuesto a ella lo que conlleva ventajas e inconvenientes. El entorno o trasfondo socio-cultural, por una parte, le pone límites al individuo y, por otra parte, le brinda posibilidades.

Das Individuum findet seine Grenzen – *und Möglichkeiten* – durch/in soziokulturellen Gegebenheiten (*ibid*).

El trasfondo diacultural del emisor y receptor no se puede analizar de forma aislada, sino en relación con otros factores que, por una parte, dependen de él y, por otra parte, influyen en el cambio constante del espacio cultural concreto.

El análisis del parámetro comunicativo, esto es, la dimensión social, ha de dar respuesta a cuestiones de qué tipo de elementos léxicos actualizaría el emisor de un discurso si formara parte en un acto comunicativo específico. Se describen así las potencialidades idiolectales del emisor como participante prototípico en un posible marco de la acción comunicativa. El análisis de dichas potencialidades idiolectales tendrá que completarse en cualquier caso con otros factores de los que se compone el perfil del receptor.

En consonancia con todo lo anterior, las potencialidades idiolectales del individuo están estrechamente vinculadas al marco diatópico que lo rodea, constituyendo este último uno de los parámetros decisivos del acto comunicativo. Tanto el emisor del mensaje como el receptor pertenecen a un tiempo y un lugar con unas

características especiales que conforman la información que puede compartir, la que expone en el momento del acto comunicativo y la que considera relevante. La pertenencia de los participantes en la comunicación a un espacio geográfico determinado explica, pues, que la condición heterogénea del lenguaje no se traduce solamente en un sinfín de variaciones idiolectales, sino también en una serie de variedades dialectales. En el marco de un acto comunicativo concreto, los participantes reproducen en el vocabulario su procedencia y consiguiente pertenencia de cada uno a un grupo sociocultural en el momento de elegir las unidades terminológicas adecuadas para transmitir el mensaje de la forma deseada.

Al estudio de la procedencia y estatus individual del emisor y del receptor habrá que añadir el estudio de la relación entre ambos participantes, en la que se tiene en cuenta el conocimiento previo de cada uno de ellos.

#### **4.3.1.2. Participantes y acto comunicativo**

El análisis de este parámetro trata de la descripción de cada participante en un *hic et nunc* preciso, en el acto de comunicación potencial, es decir, en relación con el interlocutor de la acción comunicativa. En este apartado se trata de averiguar el tipo de influencia mutua que ejerce la procedencia sociocultural de ambos en el desarrollo de la construcción textual representada en las unidades léxicas. Ese tipo de procedencia se plasma, según hemos encontrado en nuestro corpus, en diferentes tipos de subinfluencias:

🚩 Influencia de la procedencia sociocultural general de ambos.

El siguiente ejemplo, también extraído de nuestro corpus, ilustra precisamente la forma en que la procedencia sociocultural puede plasmarse en un texto. Se trata de un oncólogo procedente de un instituto de tecnología avanzada contra el cáncer como es el *Tumorzentrum Freiburg* redactor de un manual con una serie de directrices para médicos generalistas:



Tumorzentrum Freiburg<sup>37</sup>  
Prof. Dr. G. Ruf et al.  
Leitlinien zur Tumorbehandlung  
Magenkarzinom – DIAGNOSTIK  
[...] 2. Untersuchungsgang  
Die klinische Untersuchung kann palpable Tumoren im **Oberbauch** sowie vergrößerte Lymphknoten (insbesondere supraklavikulär links, "Virchow"-Lymphknoten) aufdecken. In der apparativen Diagnostik steht die **Endoskopie des Magens** mit Gewinnung von **multiplen (mehr als 5) Biopsien** an erster Stelle (histologische Sicherung!).  
Fakultativ wird sie ergänzt durch die Röntgenkontrastmitteldarstellung. Insbesondere beim szirrhösen Karzinom trägt die radiologische Untersuchung zur Diagnose wesentlich bei und ist für die Erfassung der Tumorgrenzen oft unverzichtbar.  
Die lokalen bildgebenden Untersuchungen werden durch die Endosonographie ergänzt zur Beurteilung von Invasionstiefe des Primärtumors und von regionalen Lymphknoten-stationen. Die Abdomensonographie und die **Computertomographie des Abdomens** tragen zur Erfassung von Lebermetastasen und Infiltrationen in die umgebenden Organe wesentlich bei. Auf der Suche nach Fernmetastasen ist die Thorax-Übersichtsaufnahme und bei entsprechendem klinischen Verdacht die Skelett-Szintigraphie notwendig.

Si comparamos este fragmento de texto con otros textos dirigidos a oncólogos, resulta difícil detectar diferencias en cuanto al uso de la terminología. Aún así se pueden señalar algunas unidades terminológicas a través de las que se descubre la distancia – aunque muy corta – entre emisor y receptor. En este sentido, destaca el término divulgativo *Oberbauch* que se utiliza la primera vez que se menciona el concepto, en vez del término médico *oberer Abdomen* que aparece mucho después como parte del término compuesto *Abdomensonographie* y en la combinación terminológica *Computertomographie des Abdomens*. Otros ejemplos son la elección de la unidad divulgativa *Endoskopie des Magens* y del término completo *Computertomographie* en lugar del tecnicismo *Gastroskopie* y las siglas *CT*, respectivamente. También destaca el paréntesis entre *multiplen* y *Biopsien* que sirve para explicar cuántas biopsias es preciso realizar.

#### Influencia del estatus académico.

Ejemplo: Médico oncólogo frente a estudiante de medicina. Este acto de comunicación se plasma en los manuales o clases de medicina en las facultades. A continuación, se muestra un fragmento del texto de la página *web* de un profesor de la universidad de Berna a través de la que se accede a un curso virtual de medicina impartido por él<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> <http://www.tumorzentrum-freiburg.de/>

<sup>38</sup> <http://www.ikp.unibe.ch/lab2/Pp/LFT.html>

Prof. Dr. med. J. Reichen – Pathophysiologie der Leber

### 1. LEBERTESTS

Die Leberteste können in Suchtests, diagnostische Tests und eigentliche Funktionsteste eingeteilt werden (Tabelle 1.1.). Mit Suchtests wird gefragt, ob überhaupt eine **Leberkrankheit** vorliegt. Sie geben keine Auskunft über deren Ursache; dafür werden die diagnostischen Tests gebraucht. Die Transaminasen AST und ALT, die alkalische Phosphatase und die  $\gamma$ -Glutamyltranspeptidase (GGT) geben keinen Hinweis auf die eigentliche Leberfunktion, während die folgenden Tests zumindest Partialfunktionen messen. Bei den vier Enzymen muss man sich bewusst sein, dass sie z.T. auch extrahepatisch gebildet werden und damit nicht notwendigerweise auf eine **Leberkrankheit** hinweisen. Die Transaminasen werden aus sterbenden oder geschädigten Leberzellen freigesetzt. Meist werden beide gemessen, da die AST empfindlicher aber weniger spezifisch ist. Des weiteren gibt das Verhältnis AST/ALT einen Hinweis auf die Ätiologie der **Leberkrankheit**. Die Erhöhung der alkalischen Phosphatase kommt durch Neusynthese zustande. Deswegen ist die alkalische Phosphatase bei einem akuten Prozess (z.B. **Gallengangverschluss durch einen Stein**) erst nach einigen Stunden bis Tagen erhöht messbar. Die alkalische Phosphatase ist nicht leberspezifisch, sondern kommt auch in Knochen, **Dünndarm** und Plazenta vor.

El lenguaje utilizado en este curso médico al que se accede a través de Internet, resulta ser realmente especializado, en contra de lo pudiéramos suponer, dado que se trata de un curso (*Lernprogramm*) ofrecido a estudiantes de medicina. A pesar de este nivel muy alto de dificultad descubrimos también denominaciones no tan especializadas o técnicas tales como *Leberkrankheit*, *Gallengangverschluss* o *Dünndarm*. Las variantes con un grado de especialización mayor serían *Hepatopathie*, *Cholelithiasis mit Obstruktion* y *Intestinum tenue*.

✚ Influencia del estatus de área temática y/o de conocimiento.

La clasificación que se refiere a la influencia del estatus científico se ha destacado debido a que se han encontrado en el corpus textos de oncólogos dirigidos a radiólogos o al contrario, como el texto que presentamos a continuación y que procede de la página *web*<sup>39</sup> del Servicio de Radiología del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Un radiólogo experto en radiología oncológica escribe sobre la radiología en linfomas:

---

<sup>39</sup> [http://www.conganat.org/linfo.tortosa/5curso/revisiones/cd\\_rx1.htm](http://www.conganat.org/linfo.tortosa/5curso/revisiones/cd_rx1.htm)

Dr. José A. Izuel Navarro

Servicio de Radiología

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

RADIOLOGIA DE LOS LINFOMAS

*DIAGNÓSTICO*

La patología linfoide puede presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, en función de la afectación nodal o extranodal, el tipo histológico y el grado de diseminación de la enfermedad. El diagnóstico de la misma no es evidente en muchos casos, y las **pruebas de diagnóstico por la imagen resultan con frecuencia de gran ayuda para el clínico.**

**Las pruebas de imagen no son, en la mayoría de los casos, específicas, pero son altamente sensibles, y permiten la obtención de muestras para citología o biopsia bajo control visual directo** en lesiones no palpables o de difícil acceso, **o bien dirigir al cirujano para la biopsia quirúrgica de las lesiones más "rentables" para el diagnóstico.**

...El sistema de estadiaje TNM empleado en la mayoría de los tumores de stirpe epitelial **no es útil en la patología linfoide**, a excepción de algunos linfomas extranodales como las micosis fungoides, cuyo patrón de distribución es similar al de los carcinomas. En la enfermedad de Hodgkin con afectación nodal, los patrones de diseminación son relativamente predecibles, generalmente a través de estaciones ganglionares contiguas. Sin embargo, en la mayoría de los linfomas B de células grandes, el patrón de diseminación es mucho más inconstante, y en linfomas centrolímbicos la diseminación es generalizada en el momento del diagnóstico; en otros casos, como en la leucemia linfoide crónica o los linfomas de células del manto, los órganos afectados suelen ser ganglios, sangre periférica y médula ósea, pero el grado de extensión en cada órgano o tejido afecto varía notablemente en cada individuo. Esta es básicamente la razón de un estadiaje apropiado para cada tipo de proceso linfoproliferativo.

...La frecuencia y el método empleado para el reestadiaje varía según la localización de la enfermedad; por ejemplo, con el tratamiento adecuado, la regresión de las adenopatías mediastínicas linfoides es muy rápida, y **puede controlarse mediante radiología simple**, mientras que la **tomografía axial computarizada** puede espaciarse cada dos o tres meses inicialmente; en cambio, en la afectación retroperitoneal, **la radiología simple no resulta de utilidad y los controles deben hacerse mediante T.A.C. y/o ecografía.**

Los fragmentos de texto resaltados en negrita se refieren a informaciones facilitadas por el radiólogo al oncólogo en relación con la utilidad de diferentes pruebas de imagen en el diagnóstico de los linfomas. El radiólogo en tanto que especialista en este tipo de pruebas diagnósticas también recurre a la variación cuando se dirige a médicos de otras especialidades, tal como muestra nuestro texto. Encontramos las variantes (en azul) *pruebas de diagnóstico por la imagen* y *pruebas de imagen*, siendo la primera más explícita y, por tanto, menos compleja y más fácil de asimilar que la segunda. Algo parecido ocurre con el segundo caso de variación que se presenta con las combinaciones terminológicas *tomografía axial computarizada* y *T.A.C.*, las siglas de esta primera. El tercer ejemplo se refiere al término *biopsia*. Antes de mencionar este método diagnóstico, el autor utiliza una variante menos técnica: *obtención de muestras para citología*. Aunque quizás no actúe de forma consciente, el autor, para transmitir su mensaje con éxito, se acerca de forma pragmática al receptor prototípico.

🌈 Influencia del estatus ideológico.

Esta subcategoría ha resultado ser especialmente interesante, ya que acentúa las perspectivas ideológicas dentro de los textos científicos altamente especializados, donde cabría esperar una ausencia completa de las mismas. El siguiente texto, por ejemplo, procede de la página *web* de una médico homeópata generalista, en la que informa acerca de la terapia biológica del cáncer. El texto refleja una cierta actitud contraria a ciertas medidas terapéuticas tradicionales, gracias al hecho de activar, para ciertos conceptos, una serie de unidades léxicas que dejan traslucir una clara crítica.

Dr.Med. Renate Glamser  
Fachärztin für Allgemeinmedizin – Naturheilverfahren  
Biologische Tumorbehandlung (**Krebstherapie**)<sup>40</sup>

Die **unspezifische Immunstimulation**, u.a. nach den Prinzipien der **Neuraltherapie**, wird durch **Misteltherapie** und die **Gabe von Thymus** bzw. **xenogenen Peptiden** ergänzt. Die **Optimierung der Darmflora** gemeinsam mit einer **vollwertigen und naturbelassenen Ernährung** steht in meiner Praxis oft im Mittelpunkt. Die **Hämatogene Oxidationstherapie (HOT)** als **Sauerstofftherapie** stellt neben der **orthomolekularen Medizin** mit der **Gabe aller Komponenten der Atioxidantienkette** (z.B. Vitamin A, Vitamin E, Vitamin C, Selen etc.) ein zentrales **Behandlungsregime** dar.

Zur Realisierung einer ausreichenden **psychischen Umstimmung z.B. bei Depressions- und Angstzuständen** werden dem Betroffenen regelmäßig **psychotherapeutische Gespräche** und **Bachblüten** angeboten.

Schließlich wird die biologische Stufenbehandlung durch die intervallweise **Gabe von Enzymen** und **Biokatalysatoren** sowie durch **physikalische Behandlungen** und Anleitung zu sportlicher Aktivität vervollständigt. Aus meiner Sicht, und die bisherigen Behandlungsergebnisse bestätigen dies mit Nachdruck, kann nur mit einer kombinierten klassischen schulmedizinischen und **komplementärmedizinischen (biologischen) Therapie** auf die komplexe Natur der Krebsentstehung mit Effekt auf Überlebenszeit und Heilungsrate Einfluss genommen werden.

Como se puede observar, los elementos léxicos resaltados en color azul, *Optimierung der Darmflora*, *Hämatogene Oxidationstherapie (HOT)*, *Sauerstofftherapie*, *orthomolekulare Medizin*, *physikalische Behandlungen*, así como *Krebstherapie* son prototípicos de este tipo de textos, ya que la influencia del estatus ideológico es de suma importancia. De hecho, se ha realizado una búsqueda de los elementos que acabamos de mencionar que ha resultado infructuosa en el resto de los textos oncológicos. En este sentido, la activación del término *komplementärmedizinische Therapie* implica una crítica ideológica a los tratamientos de la biomedicina; lo mismo ocurre con *Krebstherapie* (en la terminología de la medicina convencional *Therapie* casi sólo aparece en el nombre compuesto *Chemotherapie*) frente a *Krebsbehandlung*.

Por último, sería necesario el estudio de la influencia del estatus contextual de la comunicación, es decir, todos los participantes anteriores en un congreso internacional, en

una mesa redonda, en el marco de una comunicación congresual, en un seminario o en la cena del congreso.

El estudio y la sistematización de estas variables contribuye a la descripción de la situación comunicativa en forma de modelos culturales en los que participarían prototípicamente estos componentes (emisor y receptor) y que perpetúan la utilización de un tipo de terminología u otro que, a su vez, supone un grado de abstracción determinado.

#### **4.3.2. La relación entre término, acto de habla y tipo textual**

La relación entre tipo textual y acto de habla está, como es natural, estrechamente vinculada al perfil de emisor y receptor y afecta principalmente a cuestiones relacionadas con el contexto comunicativo en el que se activa la unidad léxica especializada. Los diferentes niveles de especialización en una materia determinada se materializan en un amplio abanico de tipos de textos especializados. Minogue y Weber (1992: 52) definen el texto especializado como una subclase de tipo de textos, surgida de la necesidad de cumplir con un grupo de tareas y objetivos de comunicación. Los textos que componen dicha subclase se caracterizan por un mínimo de factores invariables y constituyentes creados por necesidades comunicativas y culturales.

En lo que se refiere al perfil concreto de la comparación de textos especializados estos autores (ibid: 53) proponen los siguientes estudios:

- (a) las lenguas en las que esté redactado el corpus seleccionado,
- (b) el tema u objeto de comunicación,
- (c) los niveles verticales - *vertikale Schichtung* - es decir, los tipos de textos y
- (d) la diferencia entre comunicación escrita y oral

El penúltimo de los estudios propuestos, los niveles verticales, es fundamental en relación con la comparación de diferentes tipos de textos. Se basa en el hecho de que la mayoría de los lenguajes de especialidad se actualizan en situaciones muy variadas y, por lo tanto, en diferentes niveles de especialización. En concreto, mediante dichos niveles verticales - al contrario de los niveles horizontales que se refieren a los

---

<sup>40</sup> <http://www.glamser.de/krebs-therapie.html>

diferentes lenguajes de especialidad, según el área en cuestión - se intenta clasificar el lenguaje de especialidad de un campo concreto en una serie de “capas” (cfr. Arntz & Picht 1989). Uno de los factores - quizás el más importante - que determina este modelo de clasificación de los lenguajes especializados es la dimensión de emisor / receptor, es decir, los participantes en la acción comunicativa y sus intereses comunicativos concretos en el contexto comunicativo. El perfil del emisor es decisivo en cuanto a la elección del tipo textual apropiado en cada caso o acto de comunicación. El siguiente apartado tratará de ofrecer un panorama de los estudios más relevantes en relación con la organización de los textos especializados en tipologías.

#### **4.3.2.1. Tipos textuales**

Antes de mencionar a algunos autores cuya relevancia en relación con el estudio de las tipologías textuales no se puede negar, quisiéramos resaltar la definición que nos ofrece López Rodríguez (2000) de *tipos textuales* en su capítulo donde comenta la tipología propuesta por Sager (1997):

En definitiva, los tipos textuales son el resultado de relaciones comunes tanto sociales como cognoscitivas entre el emisor y el receptor, y por este motivo, son tan efectivos como instrumento de comunicación (López Rodríguez *ibid*: 58).

La autora nos dice con estas palabras que los tipos de texto nacieron de las relaciones pragmáticas entre emisor y receptor que incluyen tanto las relaciones sociales como las cognitivas. Los tipos textuales, pues, son a la vez objeto y resultado de cualquier acto de comunicación por lo que es imprescindible hablar de ellos en este contexto.

Aunque parezca ampliamente superada o quizá precisamente por ello, quisiéramos destacar la importancia dedicada a la tipología de K. Reiß (1971) en cualquier obra cuyo objetivo sea el estudio de tipologías textuales. La autora, considerada como la pionera en los estudios teóricos sobre la traducción y, particularmente, en los relacionados con los tipos textuales, clasifica, basándose en el modelo de K. Bühler (1934), los textos en tres grupos:

1. Los textos informativos (*inhaltsbetonte Texte*) con la función principal de transmitir una información.

2. Los textos expresivos (*formbetonte Texte*) con la función principal de transmitir una forma lingüística.
3. Los textos apelativos (*appellbetonte Texte*), denominados a posteriori textos operativos (*operative Texte*) (Reiß & Vermeer 1984: 206), con la función principal de apelar al lector para que reaccione de una cierta forma.

Reiß añade un cuarto grupo, el de los textos audio-mediales (*audiomediale Texte*), llamado más tarde (Reiß & Vermeer *ibid*: 211) textos multimedia (*multi-mediale Texte*), argumentando que un texto escrito puede formar parte de una oferta de comunicación transmitida de forma sucesiva o simultánea por varios medios, como por ejemplo la sincronización de películas, textos para diapositivas y canciones (cfr. Seibel & Robinson 1997).

Según esta tipología, un determinado texto, como por ejemplo un artículo de una revista de divulgación, pertenece al grupo de los informativos por su función básica de informar. Sin embargo, los criterios utilizados por Reiß son demasiado generales para permitir una clasificación exhaustiva. Es evidente que en el grupo de los *informativos* cabe un sinnúmero de textos cuya función principal es transmitir una información, pero echamos de menos criterios que permitan reconocer posibles subgrupos, detectar una eventual progresión entre ellos o interdependencia. Posibles criterios que tener en cuenta, sobre todo en relación con textos pertenecientes a los lenguajes especializados, podrían ser el tema, la dificultad del texto, emisor y receptor entre muchos más (Minogue y Weber 1992: 52). En este sentido, se nos ofrecen los estudios sobre los niveles verticales, emprendidos por varios estudiosos de los lenguajes de especialidad.

Entre los numerosos intentos de clasificación del lenguaje especializado en niveles verticales (Arntz 1996: 117 ss., Arntz & Picht 1989: 11 ss., Hoffmann 1985, 1998, etc.) podríamos destacar el modelo de tres dimensiones propuesto por Walter von Hahn (1983: 76 ss.):

- (a) la dimensión de los receptores
- (b) la de las acciones comunicativas
- (c) la de la distancia comunicativa

Este autor resaltó ya en el año 1983 la importancia del receptor, la comunicación en tanto que acción con una finalidad concreta y la distancia entre los interlocutores como parámetros fundamentales para una clasificación de los distintos textos.

Hoffmann (1985: 76 ss., 1998), quien define los distintos niveles verticales como el aumento progresivo de la precisión del lenguaje especializado, va más allá al combinar cinco niveles de grado de abstracción del texto especializado con parámetros como la forma lingüística, el ámbito de comunicación y los participantes en la comunicación<sup>41</sup> (Adamzik 1998: 191, Gläser 1998: 204).

Arntz (1996: 119 ss.) se sirve de los cinco niveles para elaborar una escala de dificultad precisamente para la constitución de una metodología de la enseñanza de la traducción especializada. Este autor combina los cinco grados de dificultad con una serie de parámetros tales como los conocimientos requeridos en la materia, las herramientas para traducir y las fuentes donde se trata la materia en cuestión.<sup>42</sup> Posteriormente elabora una lista de once tipos de texto clasificados según el grado de complejidad de su contenido; este último se basa tanto en la frecuencia de los términos y su complejidad como en la frecuencia y complejidad de los elementos paralingüísticos.

Partiendo de estos cinco niveles de complejidad del contenido o grado de abstracción también estudiados y aplicados por Arntz y Picht (1989), Göpferich (1992: 193 ss., 1995a: 35, 1998ab) clasifica los textos científicos y técnicos en cuatro tipos, según la intención comunicativa y la información que se pretende transmitir. La combinación en la tipología textual la conforma como sigue:

- (a) textos que recopilan saber (enciclopedias, catálogos, etc.),
- (b) textos didáctico-instructivos,
- (c) textos orientados hacia la transmisión de avances tecnológicos y
- (d) textos jurídico-normativos (normas, patentes, etc.).

---

<sup>41</sup> Hoffmann denomina estos parámetros de la siguiente forma: *Abstraktionsstufe* (grado de abstracción), *äußere Sprachform* (forma lingüística), *Umgebung* (ámbito de comunicación) y *Kommunikationsteilnehmer* (participantes en la comunicación).

<sup>42</sup> Los parámetros establecidos por este autor se llaman originalmente *subject knowledge*, *translation aids* y *subject source* respectivamente.



El orden de estos cuatro tipos no es arbitrario, sino que supone más bien un aumento de especialidad y de abstracción en el discurso – y, por consiguiente, una creciente presencia de lexemas especializados – así como una reducción simultánea del posible número de receptores; es decir, grupos de receptores prototípicos.

Tanto los textos que compilan saber como los jurídico-normativos ocupan, en el esquema de Göpferich, un lugar destacado, casi al margen de la clasificación. Los primeros, por contener una clase de conocimiento que antes suele ser publicada en otros tipos de texto especializados. Los últimos, por pertenecer al campo del derecho en lo que se refiere a su función primaria, es decir, la de asegurar los derechos del inventor. Apoyándonos en estos mismos criterios, compartimos la decisión de Göpferich de no incluir en sus análisis los textos de los apartados (a) y (d) por lo que nos decantamos por su modelo en lugar del antes mencionado esquema propuesto por Arntz (1996: 121). Por estas razones, nos centraremos en este trabajo en los tipos de texto (b) y (c): los didáctico-instructivos y los orientados hacia la transmisión de avances tecnológicos.

Teniendo en cuenta tanto el criterio de la aplicación práctica de los textos o el de si transmiten teoría, como el de la forma de presentación de la información y la función primaria del texto (Göpferich 1992: 194) que en una lectura superficial se podría confundir con actos de habla, podemos clasificar los textos en los siguientes grupos:

1. Instrucciones, manuales, etc.
2. Artículos semiespecializados, prospectos técnicos de un producto, etc.
3. Libros de texto, etc.
4. Artículos de revistas especializadas, etc.
5. Informes, protocolos sobre ensayos, artículos de revistas especializadas, monografías, etc. (ibid).

Sin embargo, los límites entre dichos grupos se aprecian con cierta dificultad. Podría parecer arbitraria nuestra decisión de adjudicar un artículo de revista especializada al grupo cuarto o quinto. Para evitar tales confusiones, optamos por combinar esta clasificación de los textos especializados con otro parámetro que parte de la situación comunicativa, es decir, de los participantes en la comunicación o interlocutores: el emisor y el receptor prototípicos. El destinatario, o sea el grupo de personas elegido

para recibir el texto, nos ofrece información sobre el grado de abstracción del texto, esto es, el grado de especialización.<sup>43</sup>

Por consiguiente, proponemos clasificar los textos especializados del campo de las ciencias naturales y la técnica aplicando los criterios arriba descritos: el grupo de los didáctico-instructivos se subdivide según el tipo de receptor (tipos de estudiantado al que se dirige el autor etc.), al igual que el de los textos orientados hacia los avances tecnológicos, según si se dirigen a médicos o a pacientes etc. (Seibel & Robinson 1997: 203).

Los emisores y receptores de los mensajes transmitidos resultan ser fundamentales en cuanto a la determinación del contexto comunicativo y, por consiguiente, de los diferentes tipos de texto. No es posible hablar de ninguna tipología sin hablar de los interlocutores, entre otros factores. Hay numerosos intentos de clasificación que se diferencian unos de otros de forma apreciable por lo que deducimos que hace falta una labor de campo con *corpora* muy amplios para así poder ofrecer cierta fiabilidad respecto al parámetro *emisor / receptor*.

Otra clasificación similar a la de Göpferich es la que propone Gamero Pérez (2001) para los textos técnicos escritos. Lo que Reiß y Göpferich llaman “función primaria” y “función secundaria”, lo denomina Gamero Pérez “foco contextual dominante” y “foco contextual secundario”. Los cuatro criterios utilizadas por la autora (ibid: 56) son

- Género
- Foco contextual dominante
- Foco contextual secundario
- Receptor

Estos criterios la llevan a una gama muy amplia de tipos de textos técnicos llamados por ella “géneros” en consonancia con la clasificación propuesta por Reiß en la que ésta adjudica una lista de géneros de texto (*Textsorten*) a cuatro tipos de texto (*Texttypen*)<sup>44</sup>. Gamero Pérez reparte los géneros textuales según el foco contextual que son el

---

<sup>43</sup> El modelo de Hoffmann (1985: 64 y ss.) incluye precisamente estos criterios, como hemos explicado más arriba.

expositivo, el expositivo con foco secundario exhortativo, el exhortativo y finalmente el exhortativo con foco secundario expositivo, por una parte, y según si se trata de un receptor general o uno especializado. Como explica la autora (ibid: 69), los cuatro focos se refieren únicamente a textos técnicos y, por tanto, no abarcan todo el panorama de posibles actos de comunicación especializada, al contrario de la propuesta de Göpferich, que, al partir de la intención comunicativa del emisor, está abierta a todas las variantes posibles de textos. Además, esta autora los clasifica, como hemos visto más arriba, según el nivel de abstracción que corresponde a una escala de especialización del receptor, empezando por el lector lego, mientras que Gamero Pérez (ibid: 69) sólo habla de dos tipos de receptores, el general y el especializado, sin entrar en más matizaciones.

Un paso importante hacia una homogeneización en el sinfín de clasificaciones constituye el estudio de López Rodríguez (2000), en el que ofrece una perspectiva integradora e innovadora del panorama por la estructuración en la que aparece esta revisión tan completa. La autora clasifica las tipologías en los siguientes dos grandes bloques:

- la traducción como proceso, representado por el modelo de Bell (1991), y
- las tipologías textuales y traducción

Bell ofrece, en primer lugar, un modelo para el análisis de la traducción como proceso cognitivo. López Rodríguez (ibid: 10-23) ofrece una descripción detallada de dicho modelo que consiste en una etapa de análisis y otra de síntesis. Las dos etapas están compuestas, a su vez, por varias fases de procedimiento en las que se desarrollan “distintos mecanismos (procesamiento sintáctico, semántico y pragmático)” (ibid: 14).

En segundo lugar, dicho autor también ofrece un modelo de tipología general de textos (Bell ibid: 205) que, igual que la de Reiß, carece de parámetros para poder clasificar sin demasiados problemas un determinado texto. El autor distingue entre tres tipos principales, de los que uno es el tipo *exposición* que tiene que ver con entidades, acontecimientos y relaciones. Si pertenece al subtipo *descriptivo* el enfoque principal será la localización de los acontecimientos en el espacio físico; si es *narrativo* será el tiempo; y si es *conceptual* presentará conceptos de manera analítica o sintética (Seibel

---

<sup>44</sup> En este trabajo, utilizamos el concepto *tipo textual* o *tipo de texto* en el sentido de que éste cumpla una función determinada en el contexto cultural (López Rodríguez 2000: 90).

& Robinson 1997: 201). El autor plantea criterios tan vagos y amplios que no parece factible clasificar por ejemplo un artículo médico de una revista de divulgación sin dudar largamente si encajaría en uno de los tres subtipos o, probablemente, en cualquiera de los tres. En cuanto al segundo tipo de textos, el de *argumentación*, está compuesto por dos grupos: el de la *argumentación abierta* y el de la *argumentación encubierta*. Falta toda explicación respecto a lo que el usuario – posiblemente el mediador / traductor – deba de entender por estos subtipos. El último tipo lo constituyen los textos de *instrucción* que, según el autor, están enfocados en el comportamiento futuro del receptor. Aparecen dos subtipos, *con opción* y *sin opción*, pero el autor, desgraciadamente, no explica a qué textos concretos se refieren estos dos subtipos. Para cada tipo textual hay, según Bell, un gran número de géneros (*text-forms*) que, a su vez, se realizan por medio de ejemplos de textos (*text samples*), esto es, textos actuales. Éstos varían según tres parámetros de discurso al más puro estilo Hallidayano, el tenor (*tenor*) que puede ser formal, impersonal, cortés, etc; el modo (*mode*) que sería. por ejemplo, un texto escrito para ser leído; y el campo (*domain*) de un texto, un concepto definido por el autor en un sentido restringido, unido a la función del texto, y otro mucho más amplio:

The domain of discourse is revealed by choices of features of the code which indicate the role the text is playing in the activity of which it forms a part. [...] Domain is intimately connected with function; in a narrow sense, the use of language to persuade, [...] or, in a very much broader sense, domain can refer to such macro-institutions of society as the family, friendship, education and so forth (ibid: 190 s.).

Parece obvio que la propuesta de Bell (tabla 4.1) no nos resulta de gran ayuda, excepto tal vez para una clasificación textual a gran escala lo que no nos proporcionaría tampoco un instrumento práctico con él que manejar la gran variedad de textos especializados, en nuestro caso, médicos.

Text-type			
Major	Exposition	Argumentation	Instruction
Sub-type	Descriptive Narrative Conceptual	Overt Covert	
Text form			Example <i>contract</i>
Text sample			Example <i>formal</i> <i>written</i> <i>conative</i>
tenor			
mode			
domain			

Tabla 4.1: Tipología textual de Bell.

En la segunda parte de su capítulo sobre los tipos de texto, denominada “Tipologías textuales y traducción” (López Rodríguez *ibid*: 24 ss.), la autora hace una revisión exhaustiva y crítica, empezando por el concepto de equivalencia, pasando por el funcionalismo y los enfoques interdisciplinarios de la traducción hasta llegar a Sager y Kußmaul (1997, 1998ab).

De Kußmaul nos parece interesante el hecho de que relaciona claramente el tipo textual con los actos de habla. López Rodríguez describe la postura de Kußmaul como sigue:

Tanto las macroestructuras como las microestructuras [de los textos] están íntimamente relacionadas con las reglas que rigen los actos de habla, que también son algo propio de una comunidad de discurso (López Rodríguez *ibid*: 67).

El texto, pues, muestra determinadas macro y microestructuras que, a su vez, dependen de convenciones textuales propias de cada cultura, que el productor de un texto (intra o intercultural) debería conocer para transmitir su mensaje de la mejor forma posible.

Außerdem spielen bei direktiven Sprechakten Konventionen der Höflichkeit [...] eine wichtige Rolle. Die Kenntnis dieser Konventionen ist für den Fachübersetzer unerlässlich (Kußmaul 1998a: 52).

Kußmaul establece el lazo entre los tipos textuales y los factores situacionales o extratextuales para los que propone un modelo basado en Hallyday / McIntosh / Strevens (1964), que consiste en una serie de dimensiones (Kußmaul 1998b: 70):

DIMENSIONES DE LOS USUARIOS DE LA LENGUA (*Dimensionen der Sprachbenutzer*):

1. origen geográfico (*geographische Herkunft*)
2. estrato social (*soziale Schicht*)
3. tiempo (*Zeit*)

DIMENSIONES DEL USO LINGÜÍSTICO (*Dimensionen des Sprachgebrauchs*):

1. medio (*Medium*)
2. participación (*Partizipation*)
3. relación social (*soziale Relation*)
4. grado de confianza (*Vertrautheitsgrad*)
5. ámbito de uso (*Verwendungsbereich*)

Si hay cambios en cuanto a los factores, los hay también respecto del tipo textual. A través del análisis de estas dimensiones, el productor de un texto descubre de qué tipo concreto de texto se trata y cuáles son las convenciones que lo caracterizan:

Veränderungen der Faktoren ergeben Veränderungen der Textsorte. [...] Das Faktorenmodell der deskriptiven Stilistik dürfte für die Analyse von Textsorten von Nutzen sein, denn es schärft den Blick für die Konventionen, durch die sie geprägt sind. Der Übersetzer muß sie kennen, um sich konventionskonform verhalten zu können (ibid: 72).

Este modelo le puede servir al traductor para producir un texto que responda a las expectativas del receptor ya que permite tener en cuenta los factores pragmáticos llamados por el autor “situacionales” que al fin y al cabo deciden si un acto de comunicación se realiza con éxito. Nos parece, junto al modelo ofrecido por Göpferich, lo suficientemente completo y, a la vez, operativo para poder ser incluido en el conjunto de las herramientas de trabajo del traductor / mediador lingüístico.

A continuación, resumiremos entre los intentos de clasificación antes mencionados los que consideramos más relevantes para la investigación en este campo:

von Hahn (1983)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensión de los receptores</li> <li>○ Dimensión de los actos</li> <li>○ Dimensión de la distancia comunicativa</li> </ul>
Hoffmann (1985, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Abstraktionsstufe</i> (grado de abstracción)</li> <li>○ <i>Äußere Sprachform</i> (forma lingüística)</li> <li>○ <i>Umgebung</i> (ámbito de comunicación)</li> <li>○ <i>Kommunikationsteilnehmer</i> (participantes en la comunicación)</li> </ul>
Göpferich (1992, 1995a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intención comunicativa</li> <li>○ Teoría v. práctica</li> <li>○ Forma de presentación de la información</li> <li>○ Función primaria del texto</li> </ul>
Arntz (1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Level of difficulty</i></li> <li>○ <i>Subject Knowledge</i> (conocimientos en la materia)</li> <li>○ <i>Translation Aids</i> (herramientas para traducir)</li> <li>○ <i>Subject Source</i> (fuentes)</li> </ul>
Kußmaul (1995, 1998b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensiones de los usuarios de la lengua</li> <li>○ Origen geográfico (<i>geographische Herkunft</i>)</li> <li>○ Estrato social (<i>soziale Schicht</i>)</li> <li>○ Tiempo (<i>Zeit</i>)</li> <li>○ Dimensiones del uso lingüístico</li> <li>○ Medio (<i>Medium</i>)</li> <li>○ Participación (<i>Partizipation</i>)</li> <li>○ Relación social (<i>soziale Relation</i>)</li> <li>○ Grado de confianza (<i>Vertrautheitsgrad</i>)</li> <li>○ Ámbito de uso (<i>Verwendungsbereich</i>)</li> </ul>
Gamero Pérez (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Género</li> <li>○ Foco contextual dominante</li> <li>○ Foco contextual secundario</li> <li>○ Receptor</li> </ul>
Seibel/ Robinson (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interlocutores prototípicos +</li> <li>○ Intención comunicativa</li> <li>○ Teoría v. práctica</li> <li>○ Forma de presentación de la información</li> <li>○ Función primaria del texto</li> </ul>

Tabla 4.2: Parámetros para una clasificación de los textos especializados.

### **4.3.3. Las redes de significado entre categorías**

El segundo parámetro de análisis de la pragmática léxica ofrece una explicación pragmática de un concepto en la medida en que se centra en la información acerca del tipo de texto donde se suele actualizar prototípicamente cada uno de los términos que hacen referencia al mismo. Considerada de forma aislada, esta información, no obstante, podríamos incluirla en el apartado anterior, ya que cuando se ofrece información sobre la diversidad de términos que hacen referencia a un concepto, en los lenguajes especializados está prácticamente implícita la información acerca del tipo textual relacionado con cada situación comunicativa y, por ende, con cada término. Sin embargo, este parámetro se centra, como decíamos, en otra perspectiva añadida: la de la relación entre acto de habla, grado de abstracción y tipo textual. En los resultados que vienen a continuación se aprecian varios factores, entre los que destacan la percepción de la distancia cognitiva existente entre los términos actualizados en los distintos textos relativos a cada categoría y el prototípico de la misma, además de una explicación de las cadenas léxicas que se activan. En este trabajo, como en anteriores, a este fenómeno lo hemos denominado *redes de significado* siguiendo la tradición de la Escuela de Leipzig (Neubert 1982). Básicamente, se trata de ofrecer una explicación de los elementos pragmáticos que unen a todos los términos seleccionados en cada tipo textual.

Sager (1990) resalta la estrecha vinculación que existe entre los distintos actos de habla actualizados en el texto y sus posibilidades de jerarquización:

In specialist communication, the intention of the message, derived directly from the sender's motivation, is most frequently to inform the recipient, in the restricted sense of augmenting, confirming or modifying his current state of knowledge (ibid: 102).

En el siguiente ejemplo se muestran dos textos, de los que el primero trata del cáncer de vejiga y procede del sitio *web* de *Cancernet* escrito por *expertos* para *expertos*, y el segundo, que trata del cáncer de la nasofaringe, procede del mismo sitio *web*, pero de las páginas dirigidas a pacientes. En cada uno de ellos aparecen determinadas unidades terminológicas que, a su vez, codifican un acto de habla prioritario o prototípico:



Texto1, dirigido a médicos:

100ficación clínica del **carcinoma de la vejiga** se determina según la profundidad de **invasión del tumor en la pared vesical**. Esto se determina por medio de un **examen cistoscópico**, el cual incluye una **biopsia** y un **examen bajo anestesia**, para evaluar el **tamaño y movilidad de masas palpables**, el **grado de induración de la pared vesical** y la **presencia de extensión extravesical** o invasión de los ó

Este texto presenta información determinada en torno al diagnóstico del carcinoma de la vejiga, consistiendo ésta primordialmente en la enumeración de los diferentes tipos de pruebas con una función concreta. Se menciona por ejemplo que se realiza “un examen cistoscópico, el cual incluye una biopsia y un examen bajo anestesia...”, dándose por conocidos, asimilados y compartidos los conocimientos sobre los pormenores de dichos exámenes. De estas reflexiones podemos deducir que el texto constituye una descripción técnica, aunque relativamente superficial, y que se codifican en él los actos de habla prototípicos *describir e informar*.

Texto2, dirigido a pacientes:

en la nariz para ver dentro de la nasofaringe. El médico también **palpará el cuello para detectar protuberancias**. Si encuentra algún tejido anormal, el médico tendrá que **cortar un trozo pequeño de tejido y examinarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas**. Este procedimiento se conoce como **biopsia**. La posibilidad de recuperación (pronóstico) depende

En el segundo texto, sin embargo, es evidente que se trata de una *explicación* con la intención de que el receptor lego lo comprenda. El término *biopsia* se menciona únicamente después de haber explicado en qué consiste realmente la prueba. Se observa que la explicación consta de dos fases propias de dicho examen:

- (1) “cortar un trozo pequeño de tejido” y
- (2) “examinarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas”. En este sentido, este texto escrito para el paciente o familiar es una descripción (acto de habla *describir*) explicativa (acto de habla *explicar*).

En la siguiente tabla se muestra, de forma contrastiva, el resultado de nuestro ejemplo, con la inclusión de (a) unidad terminológica, (b) acto de habla y (c) tipo textual:

término - acto de habla - tipo textual	Texto 1 (para médico)	Texto 2 (para paciente)
<i>unidad o combinación terminológica</i>	<b>biopsia</b>	<b>Si encuentra algún tejido anormal, el médico tendrá que cortar un trozo pequeño de tejido y examinarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas.</b>
<i>acto de habla prototípico</i>	describir / informar	describir / explicar
<i>tipo textual</i>	página <i>web</i> especializada de contenido médico-oncológico dirigida a médicos / oncólogos	página <i>web</i> semi-especializada de contenido médico-oncológico dirigida a pacientes y familiares

Tabla 4.3: Relación entre término, acto de habla y tipo textual.

En este sentido, la relación triangular entre lexema especializado, tipo de texto y acto de habla es fundamental para las tareas de escritura técnica intercultural. La profesora Göpferich (1998: 177 y ss.), por ejemplo, en el capítulo siete de su monumental obra sobre la escritura técnica, habla de los factores que motivan la selección de un tipo de denominación u otra. Según la autora, resulta evidente que el factor fundamental es el tipo textual o *Textsorte* junto al que menciona el nivel de conocimientos del receptor del producto. Para ella, no obstante, los tipos textuales se clasifican en función del acto de habla que los represente. Así, por ejemplo, menciona los textos didáctico-instructivos, etc. (ibid: 187). Analizar y sistematizar ese tipo de información supone ofrecer una herramienta muy útil de construcción de textos al traductor técnico.

No obstante, consideramos que lo verdaderamente interesante de la aportación de la pragmática léxica a la construcción textual es el vínculo que se crea entre los términos de las diferentes categorías que conforman el evento médico y que se actualizan en un mismo texto, como se puede apreciar en la figura siguiente y cuyas relaciones hemos llamado *redes de significado*.

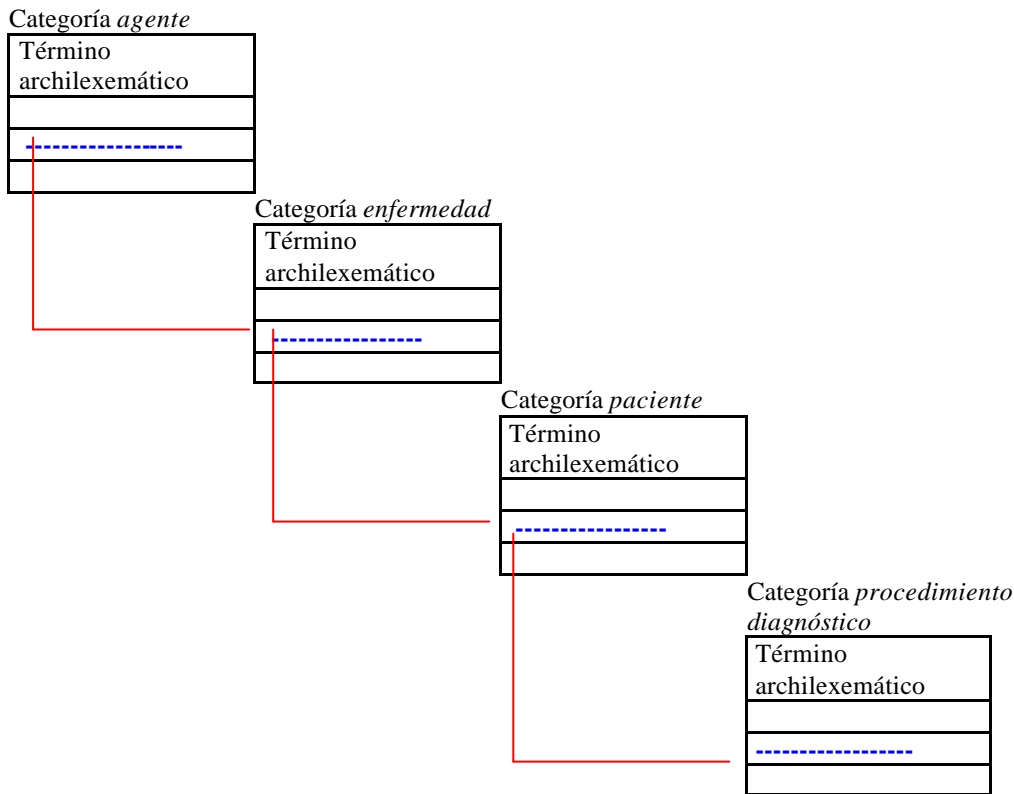


Fig. 4.1: Diagrama prototipo de redes de significado en el evento oncológico.

Como se puede apreciar en la figura, la pragmática léxica ha de dar respuesta, en primer lugar, a la distancia cognitiva que existe entre el término arquilexemático y el espacio cognitivo que ocupa el lexema señalado en azul que se refiere precisamente al lexema que ha sido actualizado en una situación comunicativa concreta. En la terminología utilizada por Rosch (1978), diríamos que la diferencia está entre el *nivel de base* representado por el lexema prototípico de esa categoría y el nivel superior o inferior, dependiendo del término utilizado en el texto. Es de suponer que, si de cada categoría, el experto, autor del texto, ha seleccionado un tipo de unidad léxica, el conjunto de esas unidades codifica en su definición un rasgo pragmático que los caracteriza a todos<sup>45</sup> y que es, además, unos de los factores más importantes de cohesión textual. Veamos el siguiente ejemplo:

<sup>45</sup> En la terminología de la semántica estructural, a este tipo de marcador pragmático se le ha denominado tradicionalmente *clasema pragmático* (Coseriu 1986 y Martín Mingorance 1998).

El **cáncer del estómago**, también conocido como **cáncer gástrico**, es una **enfermedad en la que se encuentra células cancerosas** (malignas) en los **tejidos del estómago**... La probabilidad de que al **paciente** le dé **cáncer del estómago** es más alta ha tenido una **infección del estómago causada por Helicobacter pylori**, o si es de **edad avanzada**, si es **hombre**, si fuma **cigarrillos** o si consume con frecuencia una **dieta de comida seca y salada**... Si hay síntomas, el **médico** suele ordenar una **radiografía** de la **región gastrointestinal superior** (también conocida como **serie GI superior**). Para este examen, el **paciente** bebe un líquido que contiene bario, el cual permite que se observe el estómago con mayor facilidad en la radiografía. Generalmente, esta **prueba** se realiza en la **oficina del médico o en el departamento de radiología del hospital**. El **médico** también puede mirar dentro del estómago con un **tubo delgado iluminado** que se llama un **gastroscoPIO**. Este procedimiento, conocido con el nombre de **gastroscoPIA**, detecta la mayoría de los **cánceres del estómago**.... Si el **médico** observa tejido anormal, quizás tenga que **extraer un pedazo pequeño** para observarlo en el microscopio con el fin de determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como **biopsia**....Existen **tratamientos** para la mayoría de los **pacientes** con **cáncer del estómago**. Se emplea dos clases de tratamiento: **cirugía** (**extracción del cáncer en una operación**) **quimioterapia** (**uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas**) (Cancernet).

Este extracto de texto procede de la página *web* de *Cancernet* y se refiere al cáncer del estómago. Se dirige igualmente a un público lego, principalmente a pacientes y familiares y demás personas interesadas en el tema. En el texto podemos localizar todas las categorías del evento oncológico: la de ENFERMEDAD (en azul), LUGAR1-parte del cuerpo (en rojo oscuro), AGENTE1-causante de la enfermedad (en fucsia), AGENTE2-médico (en amarillo), LUGAR2-hospital (en azul marino), INSTRUMENTO (en verde azulado), PACIENTE (en rojo), PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (en verde lima), PROCESO (en turquesa) y TRATAMIENTO (en púrpura). El conjunto de estas categorías forma una *red de significado* la que a continuación veremos de forma parcial:

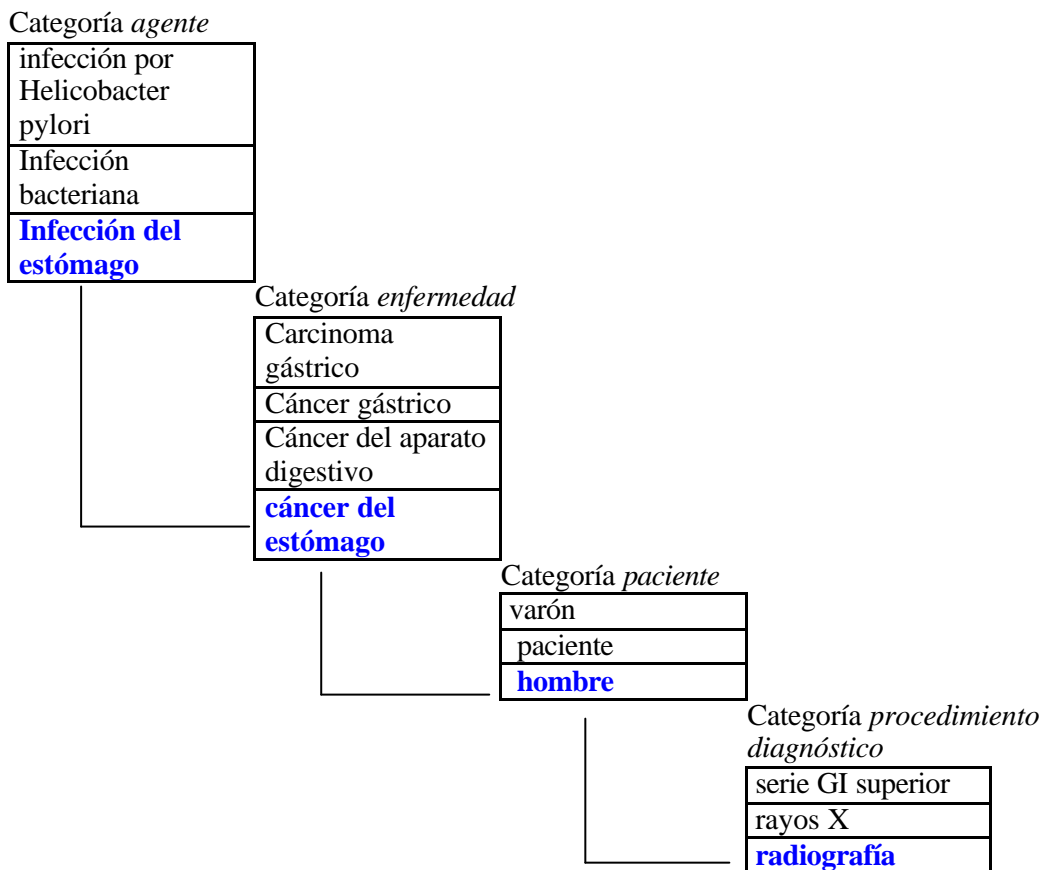


Fig. 4.2: Redes de significado intercategoriales activadas en el evento médico de un texto para pacientes.

El autor del texto ha seleccionado determinadas unidades terminológicas que reflejan el nivel de dificultad elegido por él y, por tanto, nos indican si la comunicación se desarrolla con el uso de los términos prototípicos o, en cambio, a un nivel superior o inferior. Veamos las diferentes opciones que utiliza el autor para cada una de estas categorías:

CATEGORÍA	UNIDADES TERMINOLÓGICAS
<i>enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ cáncer gástrico</li> <li>○ cáncer del estómago</li> <li>○ enfermedad en la que se encuentran células cancerosas</li> </ul>
<i>paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ hombre</li> <li>○ paciente</li> </ul>
<i>agente1 (causante de la enfermedad)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ infección del estómago causada por Helicobacter pylori</li> <li>○ cigarrillos</li> <li>○ una dieta de comida seca y salada</li> </ul>
<i>procedimiento diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ prueba</li> <li>○ radiografía de la región gastrointestinal superior</li> <li>○ serie GI superior</li> <li>○ gastroscopia</li> </ul>
<i>lugar1 -parte del cuerpo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ tejidos del estómago</li> <li>○ región gastrointestinal</li> </ul>
<i>agente2 (médico)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ médico</li> </ul>
<i>lugar2 (hospital...)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ oficina del médico o en el departamento de radiología del hospital</li> </ul>
<i>instrumento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ tubo delgado iluminado</li> <li>○ gastroscopio</li> </ul>
<i>proceso</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ extraer un pedazo pequeño</li> <li>○ biopsia</li> </ul>
<i>tratamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ extracción del cáncer en una operación</li> <li>○ cirugía</li> <li>○ uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas</li> <li>○ quimioterapia</li> </ul>

Tabla 4.4: Categorías y unidades terminológicas en un texto para receptores legos.

Es evidente que el autor, al ofrecer en varias ocasiones el término técnico conjuntamente con la denominación divulgativa, consigue que su mensaje llegue al destinatario lego. En este sentido, no da sólo el nombre de la enfermedad, sino que explica que se trata de una *enfermedad en la se encuentran células cancerosas* u ofrece la información de que el gastroscopio es un *tubo delgado iluminado*.

El siguiente ejemplo fue extraído del corpus alemán:

Jeder zehnte **bösartige Tumor** in der westlichen Welt und jeder vierte in den Entwicklungsländern wird durch **Infektionserreger**, vor allem durch **Viren**, mitverursacht. Nach Einschätzung von **Professor Harald zur Hausen**[...] sind **Infektionen nach Tabakkonsum und diätetischen Einflüssen** der wichtigste Risikofaktor für Krebs überhaupt. Schon vor 100 Jahren wurde ein Einfluß von **Infektionserregern** auf die Krebsentstehung vermutet. Die **Papillomviren** 16 und 18 sind bei dieser weltweit zweithäufigsten **Krebserkrankung** der **Frau** in etwa 70 bis 80 Prozent der **Gewebeproben** zu finden.

Este extracto de texto procede de la página *web* de *Die Welt* (“Viren können Krebs auslösen”, 18.03.99) y se dirige igualmente a un público lego, aunque no necesariamente a pacientes y familiares, sino más bien a personas interesadas en el tema. En el texto podemos localizar una red de significado compuesta por las categorías oncológicas de ENFERMEDAD (en azul), AGENTE1-causante de la enfermedad (en morado), AGENTE2-médico/científico (en amarillo), PACIENTE (en rojo) y PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (en verde). Se observa la utilización de un lenguaje poco técnico y destaca la terminología en relación con el agente-causante de la enfermedad, dado que el artículo trata del papel del virus en distintos tipos de cáncer. Las unidades terminológicas elegidas mayoritariamente de tipo divulgativo, tales como *bösartiger Tumor* y *Krebserkrankung der Frau* (y no *Karzinom*) y *Gewebeproben* (en lugar de *Biopsien*) logran acercar el lector al texto.

#### 4.3.4. Las redes de significado intracategoriales

Como se ha explicado más arriba (apartado 2.4.2), cada categoría posee una estructura interna que la caracteriza y que se reproduce en la definición de cada concepto que se integra en ella. En el caso concreto que nos ocupa, la categoría *PD* posee la siguiente estructura interna:



Tabla 4.5: Relaciones categoriales en *procedimiento diagnóstico*.

Este hecho significa que cada término que pertenezca a la categoría *procedimiento diagnóstico* (PD) reproduce precisamente esa estructura de conocimiento que se puede interpretar como sigue:

“X (término) es un TIPO DE procedimiento diagnóstico que se realiza en un LUGAR del cuerpo, con un INSTRUMENTO, para detectar algo (FUNCIÓN) y se hace así (PROCESO)”

Precisamente, el vínculo que se crea entre los términos de una misma categoría actualizados en un texto es otra de las posibilidades que poseen los textos para crear cohesión interna. Observemos la figura siguiente:



**Categoría**

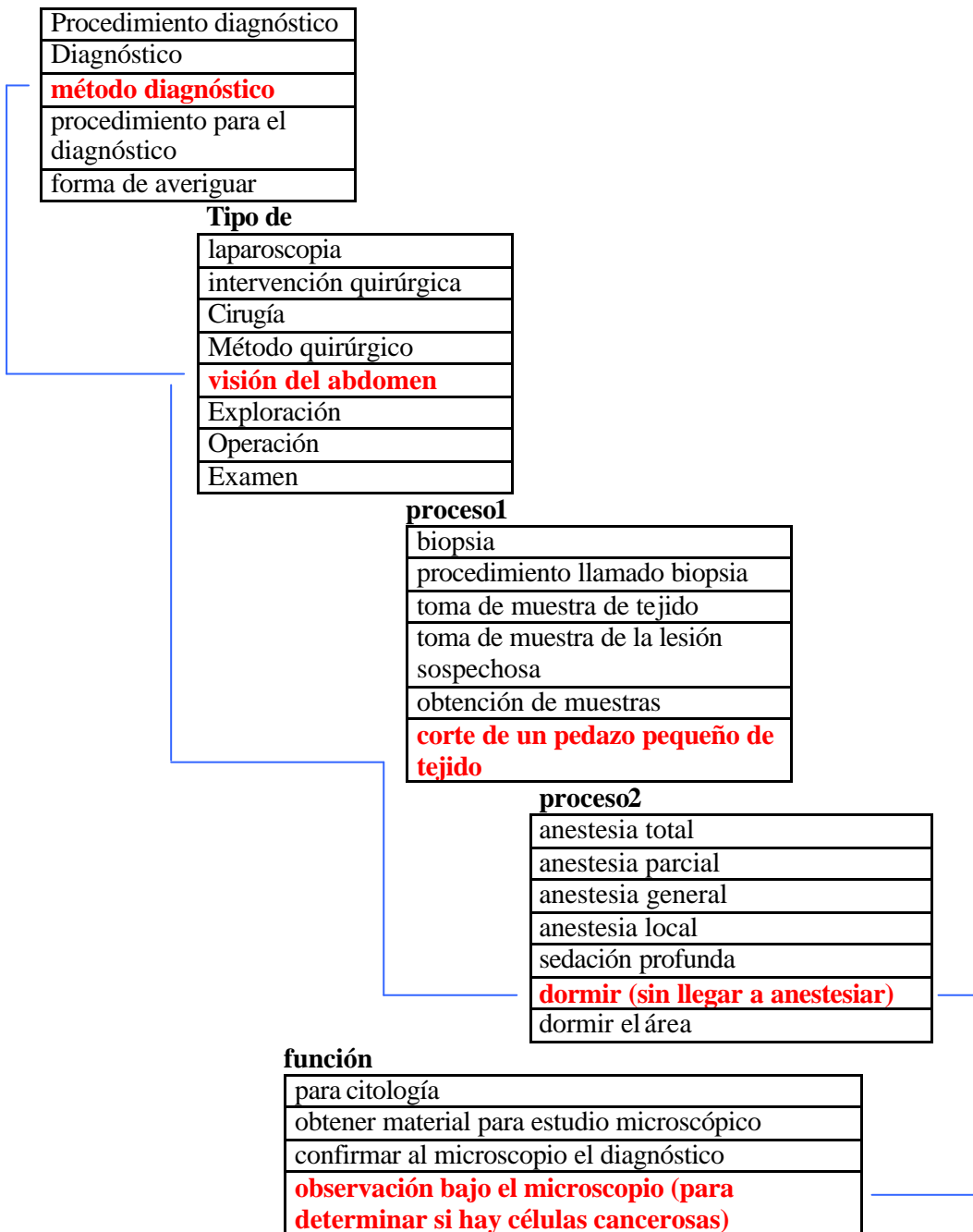


Fig. 4.3: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (español).

Es evidente que en el ejemplo faltan ejemplificaciones de algunos parámetros de la categoría, concretamente el de LUGAR e INSTRUMENTO, lo que significa que no siempre se encuentra en los textos variación suficiente o no se codifica un parámetro por el simple hecho de que el autor no se refiera a ese tipo de información concreta.

En el ejemplo expuesto, el autor no explicita el tipo de instrumento porque la mayoría de las veces, en los textos altamente especializados, esa información se

considera irrelevante o compartida. No obstante, podemos observar la cohesión existente dentro de los diferentes parámetros. En el de CATEGORÍA, por ejemplo, hemos encontrado los lexemas o lexías que aparecen en el ejemplo: desde *PD* hasta *forma de averiguar* que se han actualizado en los diferentes tipos de texto. La distancia cognitiva entre unos términos u otros se explica en función del acto de habla codificado en cada tipo de texto.

En el siguiente texto (*Cancernet* para médicos) veremos la aplicación de las redes de significado arriba descritas:

...sobre los **exámenes para la detección** y la prevención del cáncer cervical. El **cáncer cervical** es uno de los cánceres más comunes, el cual representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres....Debido a que una gran mayoría de estos casos (más del 90%) podrían y deberían ser **detectados** temprano a través de la **prueba de Papanicolaou**, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aún en la actualidad, las **pruebas de Papanicolaou** no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para esta **prueba**....los pacientes con **citología** anormal de alto riesgo (clasificación Bethesda) deben ser evaluados exhaustivamente mediante **colposcopia** y **biopsia**.....

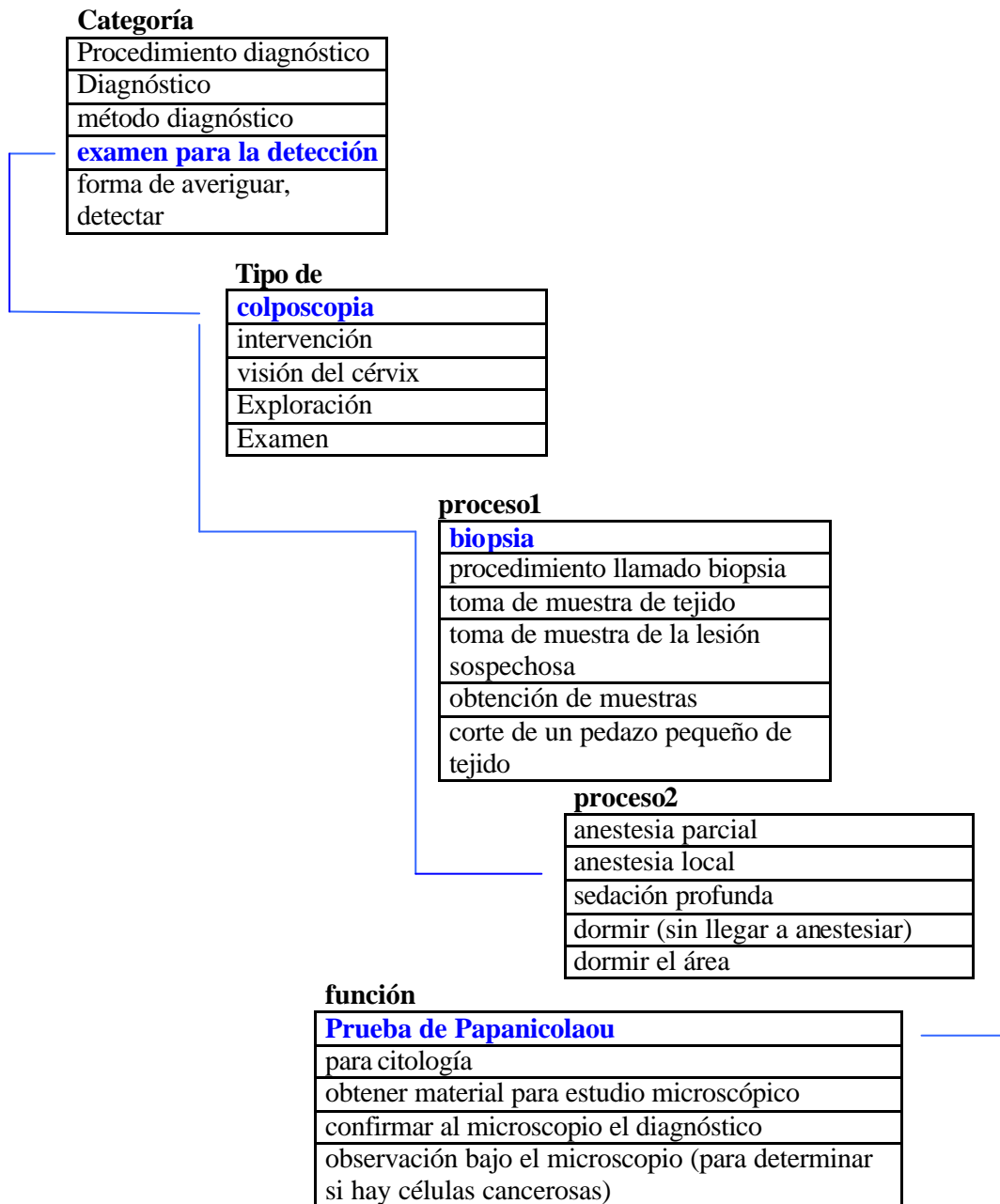


Fig. 4.4: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (español).

El primer elemento que destaca en la figura anterior es el hecho de que en *proceso2* que se refiere a la utilización de algún tipo de anestesia, ninguna de las variantes aparece en azul, dado que en el texto no se menciona dicho factor (ni *instrumento*, ni *parte del cuerpo*). Estos parámetros o relaciones suelen darse por supuestos en los textos para médicos y precisamente no en los textos para pacientes.

Respecto al archilexema o categoría (*diagnóstico*), es el único factor donde el autor se desvía del prototipo o nivel de base si pensamos en el receptor del texto, el médico.

A continuación, veremos el mismo tipo de estructura en lengua alemana. A lo largo de la comparación de ambas estructuras, se observa con claridad las posibilidades que este análisis ofrece al traductor-escritor técnico. Por un lado, cuando el análisis se convierta en un metalenguaje adaptado al lector lego, éste será capaz de establecer sus propias equivalencias y establecer la cohesión textual en función de una distancia cognitiva u otra que él mismo decidirá, en función del tipo de texto y el acto de habla en el que el texto meta haya de ser redactado.

Veamos la aplicación del diagrama a un texto en lengua alemana, esta vez dirigido a lectores legos, en este caso de la página *web* de *Krebshilfe*:

Im folgenden stellen wir Ihnen eine Reihe der gängigsten **Untersuchungsverfahren** und ihre Bedeutung vor...Die in diesem Gespräch ermittelten Informationen sollen dem Arzt helfen, die richtige Diagnose zu stellen. **Zellabstrich (Pap-Test)** Um einen **Abstrich vom Gebärmutterhals** machen zu können, muß der Frauenarzt zunächst eine Spiegeleinstellung vornehmen. Dann erfolgt sowohl von der **Oberfläche des Gebärmuttermundes**, der in die Scheide hineinragt, als auch vom Gebärmutterhalskanal mit einem Watteträger ein **schmerzloser Abstrich**. Die dabei gewonnenen Zellen werden auf einen Objekträger fixiert und **unter dem Mikroskop auf zelluläre Veränderungen hin betrachtet**. **Lupen-optische Betrachtung des Gebärmuttermundes und des Gebärmutterhalseingangs (Kolposkopie)**...Biopsie vom Gebärmuttermund bzw. Gebärmutterhals Weisen die Zellen, die vom Gebärmutterhals durch den **Pap-Test** gewonnen worden sind, auf Vorstufen des Krebses hin, und zeigen sich bei der **Kolposkopie** verdächtige Bezirke, so kann eine **Gewebeentnahme (Biopsie)** aus diesem Bezirk die Diagnose sichern: Mit einer Zange erfolgt hierbei die **Entnahme eines kleinen Gewebestückes** vom Gebärmutterhals. Dieser Gewebeverband wird anschließend fixiert und **unter dem Mikroskop betrachtet (histologische Untersuchung)**. Die Biopsie ist ein ungefährliches Untersuchungsverfahren. (Krebshilfe-Gebärmutterkrebs)

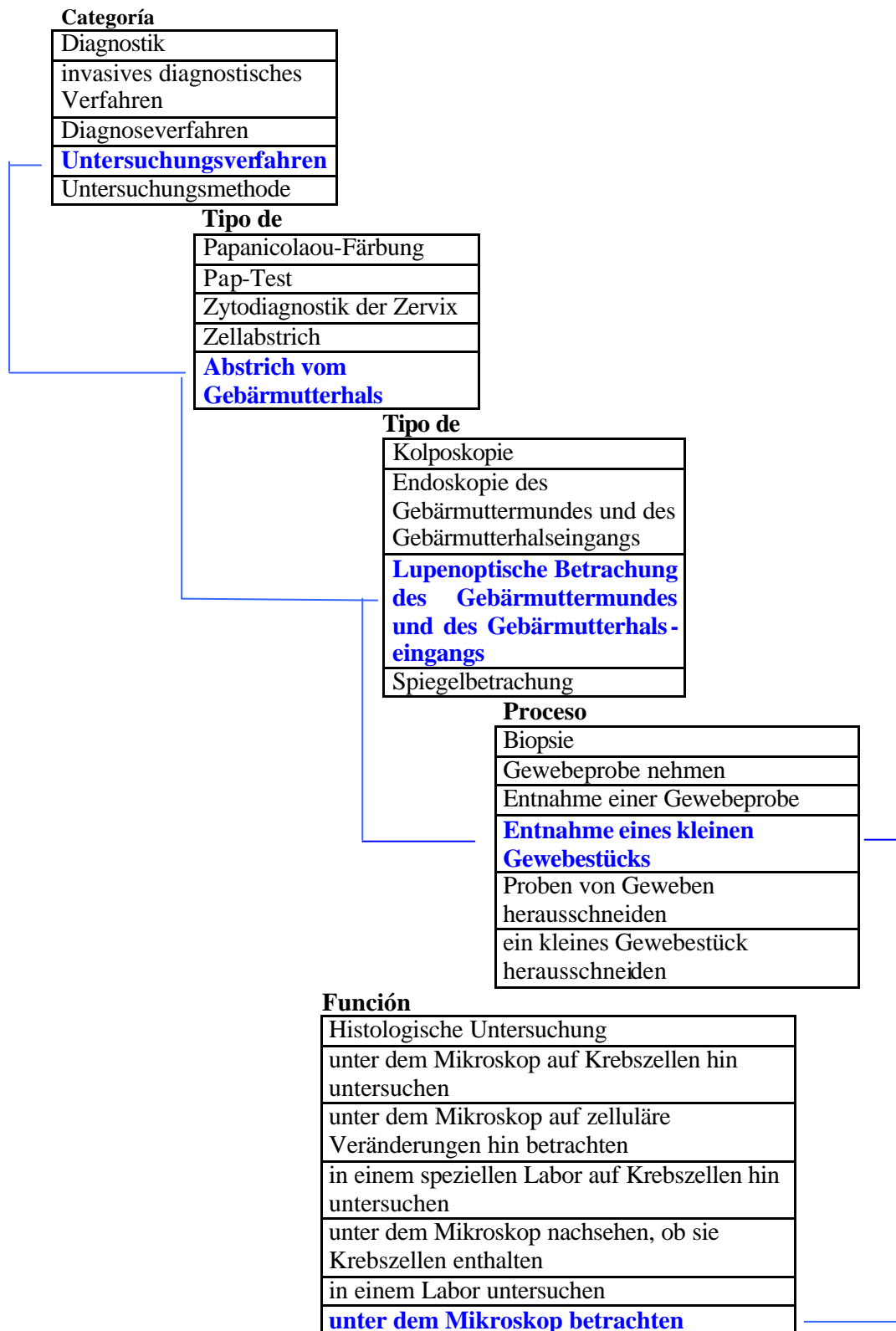


Fig. 4.5: Activación de los parámetros conceptuales en la categoría PD (alemán).

Podemos observar que la terminología destacada en azul en la figura 4.5 forma una red de significado bastante homogénea en lo que se refiere al nivel de abstracción y

dificultad. El autor ha elegido unidades terminológicas que pertenecen a un grado bajo, por lo que se garantiza la comprensión del mensaje por los receptores no especialistas.

#### 4.4. El perfil del usuario: en busca de un metalenguaje controlado

La última de las formas de expresión de la información pragmática está relacionada, como hemos planteado anteriormente, con la creación de una estructura coherente de la definición de los términos. Esta estructura ha de configurarse teniendo en cuenta el usuario de la misma, de sus necesidades de información, pero lo que es aún más importante, ha de considerarse su conocimiento previo, relacionado, como es natural con sus conocimientos en el área concreta que se trate. En este sentido, se trata de elaborar un tipo de definición que esté, como decíamos más arriba, al alcance de cualquier posible-probable integrante de un acto de comunicación.

Respecto al concepto de *lenguaje controlado*, la profesora Göpferich (1998) nos proporciona una definición con la que, sin embargo, no coincidimos de forma completa. Göpferich comenta que para superar todo tipo de barreras lingüísticas, así como para ir dirigiéndonos hacia una internacionalización del lenguaje, es imprescindible la identificación de un lenguaje controlado que le facilite al constructor de textos o escritor técnico su labor de forma considerable. Concretamente ella lo explica de la siguiente manera:

Kontrollierte Sprachen sind keine Kunstsprachen, wie z. B. das Esperanto, sondern Subsysteme natürlicher Sprachen, die nur ein beschränktes Vokabular und ein genau definiertes grammatisches Regelsystem aufweisen (Göpferich *ibid*: 288).

La autora afirma que los lenguajes controlados no constituyen ningún lenguaje artificial (*Kunstsprachen*), sino subsistemas de lenguajes naturales que se caracterizan por un vocabulario restringido y un sistema de normas gramaticales bien definido. En cuanto a la primera de las dos condiciones, el *vocabulario restringido*, estamos plenamente de acuerdo con Göpferich; la otra característica, el *sistema de normas gramaticales bien definido*, no se puede aceptar y tomar como base para cualquier lenguaje controlado. En su libro (*ibid*), Göpferich menciona como ejemplo de un lenguaje controlado el *Simplified English* de AECMA (*Association Européenne des Constructeurs de Matériel Aérospatial*) que, desde 1986, se utiliza a nivel internacional para la documentación técnica de la industria aero-espacial. Se trata de un vocabulario en inglés reducido a 800

entradas léxicas cuyo significado, formas gramaticales y modo de aplicación están claramente definidos. El verbo *to follow*, por ejemplo, sólo admite ser utilizado con el significado de *to come after*, pero no en el sentido de *seguir/respetar (las normas)*. Además, únicamente se incluye una sola forma léxica de cada lexema, de modo que si en dicho vocabulario se encuentra *estimate* como nombre, ya no puede ser aceptado *to estimate* por lo que habría que recurrir a *to make an estimate* (ibid: 289).

Las ventajas que tienen estos lenguajes totalmente restringidos son evidentes: prácticamente no dejan espacio para ambigüedades semánticas por lo que, en primer lugar, les facilitan el trabajo a los traductores y, en segundo lugar, permiten que los sistemas de traducción automática funcionen mejor al haber menos problemas de comprensión y análisis. Por la restricción en cuanto a vocabulario y normas gramaticales, también se podría aprender más fácilmente que una lengua extranjera normal y sería más manejable para los sistemas de traducción automática. De esta forma, la traducción automática se volvería más rápida y, por tanto, más rentable.

Las reflexiones de Göpferich en torno a los lenguajes controlados son, como acabamos de observar, demasiado restringidas dado que se limitan y ciernen a la descripción de una especie de lenguaje casi artificial. Aunque la autora afirma que no se trata de lenguajes artificiales, la explicación pormenorizada que ofrece del *Simplified English* de AECMA contradice lo anterior. Incluso menciona el hecho de que entre los redactores técnicos no exista unanimidad respecto a los lenguajes controlados dado que la obligación a un uso restringido de expresiones de una lengua ya conocida frecuentemente dificulta y obstaculiza su trabajo en lugar de facilitarlos.

En contra del tipo de lenguaje controlado descrito por Göpferich que, en nuestra opinión, resulta más bien artificial, nosotros ofreceremos un lenguaje controlado realmente *natural* ya que constituye el reflejo del lenguaje utilizado por los especialistas en un acto de comunicación real con otros especialistas o no especialistas. Lo estamos construyendo teniendo en cuenta los recursos de los propios autores que no están necesariamente interesados por ejemplo en eliminar la ambigüedad, ni siquiera desean realmente internacionalizar su idiolecto.

En el apartado sobre la variación terminológica (4.3.1.1) comentábamos la posibilidad de que un psicólogo especializado en la ayuda de los enfermos de cáncer haya de ocuparse de un enfermo de corta edad o adolescente cuyos conocimientos del tema sean mínimos. También es posible que el mismo psicólogo carezca en principio de

esos conocimientos. Para ese tipo de actos comunicativos u otros parecidos, donde el desequilibrio en la información sea evidente, también hay que confeccionar definiciones donde consigamos que la información y la representación de ese conocimiento se encuentren al alcance de todos los posibles interesados.

Según este planteamiento, hemos de volver a la estructura interna de la categoría y, al elaborar la definición, conseguir un metalenguaje controlado para la reproducción del conocimiento de todos y cada uno de los parámetros internos de la categoría. Para que ese lenguaje no sea inventado, ni arbitrario hemos de utilizar un lugar apropiado de búsqueda del mismo donde haya sido actualizado con éxito, es decir, en situaciones comunicativas ya dadas y consideradas sin estorbos comunicativos. La solución la hemos encontrado en los propios textos del corpus con el que hemos trabajado.

Veamos nuevamente algunos ejemplos de la categoría *Procedimiento Diagnóstico*. El primero constituye un fragmento de un texto sobre el cáncer de la hipofaringe para pacientes.

El cáncer de la hipofaringe **es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la hipofaringe**. La hipofaringe es la parte del fondo de la garganta (también llamada la faringe)...Cuando hay síntomas, el médico **examina la garganta** empleando **un espejo y luces**. Puede ser que le introduzca en la garganta un **tubo delgado iluminado**, llamado endoscopio, para poder ver si hay algún tejido que no es normal. El **médico** también examina la garganta en busca de **abultamientos** anormales. Si encuentra tejido anormal, el médico tiene que **extraer un pedazo pequeño** y examinarlo en el microscopio **con el fin de determinar si hay células cancerosas**. Este procedimiento se conoce como **biopsia**.

En este extracto de texto que procede de la página *web* de *Cancernet* aparece un gran número de términos acompañados de un co-texto que, de forma más o menos directa, se refieren a los procedimientos diagnósticos que se suelen realizar en este tipo de cáncer. Dichos co-textos extraídos del corpus facilitan un lenguaje que se convertirá en metalenguaje para la elaboración de textos semiespecializados dirigidos a un público lego:



- El cáncer de la hipofaringe es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la hipofaringe.
- La hipofaringe es la parte del fondo de la garganta (también llamada la faringe).
- El médico examina la garganta empleando un espejo y luces.
- Puede ser que le introduzca en la garganta un tubo delgado iluminado, llamado endoscopio, para poder ver si hay algún tejido que no es normal.
- El médico también examina la garganta en busca de abultamientos anormales.
- Si encuentra tejido anormal, el médico tiene que extraer un pedazo pequeño y examinarlo en el microscopio con el fin de determinar si hay células cancerosas.
- Este procedimiento se conoce como biopsia.

Tabla 4.6: El lenguaje controlado en un texto sobre el diagnóstico del cáncer de la hipofaringe para pacientes.

Hemos encontrado un texto sobre el mismo tema, también ofrecido en *Cancernet*, pero esta vez dirigido a médicos. Resulta de especial interés comparar los dos textos en cuanto al lenguaje utilizado para los pacientes y los médicos, respectivamente.

**Se deberá efectuar una endoscopia general bajo anestesia general** acompañada de una delimitación de la lesión por escrito y utilizando diagramas específicos. **Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología** de que la lesión es cancerosa. **Se lleva a cabo una esofagoscopia junto con una laringoscopia** durante la evaluación de la cavidad oral y la faringe. Esto **se realiza** debido a que existe una incidencia aproximadamente del 10% al 15% de **tumores** primarios sincrónicos en la cabeza y el cuello, (que ocurren al mismo tiempo en que se presenta el tumor primario)...**La broncoscopia no es tan productiva** en la definición de un segundo tumor primario como lo es la radiografía del tórax y, por lo tanto, no es obligatoria...Se ha encontrado que **ni el examen de exploración del hígado/bazo ni el del hueso tienen valor diagnóstico importante** en la evaluación de los pacientes con cáncer de la cabeza y el cuello. **Las tomografías axiales computarizadas (TAC) y los exámenes por resonancia magnética (RM) son bastante útiles** para delinear aun más la extensión de la enfermedad en el sitio primario y el cuello. **Se deberán utilizar, según las indicaciones, otras evaluaciones de diagnóstico además de la panendoscopia, incluyendo tomografía computarizada, angiografía, cine faringoesofagograma y otras modalidades.** La evaluación del tumor primario **se funda en la inspección y palpación del paciente siempre y cuando sea posible, y por exámenes de espejos indirectos y endoscopia directa.** El tumor **deberá confirmarse histológicamente.**

En este texto se observan algunas relaciones intracategoriales de *procedimiento diagnóstico*, esto es, la de *lugar* (cavidad oral y faringe), *tipo\_de procedimiento diagnóstico* (esofagoscopia / laringoscopia), *proceso* (biopsia / histopatología) y *paciente*. Veamos el lenguaje controlado correspondiente a este fragmento de texto:

- Se deberá efectuar una endoscopia general bajo anestesia general.
- Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología.
- Se lleva a cabo / realiza una esofagoscopia junto con una laringoscopia.
- Ni el examen de exploración del hígado/bazo ni el del hueso tienen valor diagnóstico importante.
- Se deberán utilizar, según las indicaciones, otras evaluaciones de diagnóstico...
- La evaluación del tumor primario se funda en la inspección y palpación del paciente siempre y cuando sea posible, y por exámenes de espejos indirectos y endoscopia directa.
- El tumor deberá confirmarse histológicamente.

Tabla 4.7: El lenguaje controlado en un texto sobre el diagnóstico del cáncer de la hipofaringe para médicos.

En comparación con el texto anterior dirigido a pacientes, éste muestra el uso de un mayor número de tecnicismos y una ausencia de explicaciones, dado que éstas sirven como uno de los recursos principales del experto para poder acercarse al no experto. A pesar de que, en este ejemplo, el experto se dirige a otros expertos, sí aparecen algunas variantes, siendo dos de ellas las siglas de los términos previamente especificadas (*TAC* y *RM*). Aparece la variante *tomografía computarizada* del término completo *tomografía axial computarizada* y *lesión cancerosa* como sinónimo de *tumor*. Al final del segmento de texto se encuentra el lector con una serie de términos que refieren a conceptos de la categoría *procedimiento diagnóstico*, una enumeración de términos sin más informaciones: *panendoscopia*, *incluyendo tomografía computarizada*, *angiografía*, *cine faringoesofagograma*.

A continuación, mostraremos, de forma contrastiva, el lenguaje utilizado en los dos textos analizados anteriormente, ambos sobre el cáncer de la hipofaringe, el primero para pacientes y el segundo para médicos:

Lenguaje controlado en el texto para pacientes	Lenguaje controlado en el texto para médicos
una <b>enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas</b> (malignas)	<b>lesión cancerosa</b>
El médico <b>examina la garganta</b> empleando un <b>espejo y luces</b>	Se deberá <b>efectuar una endoscopia</b> general bajo anestesia general.
<b>introducir en la garganta</b> un tubo delgado iluminado	Se <b>lleva a cabo / realiza una esofagoscopia</b> junto con una laringoscopia.
<b>ver si hay algún tejido que no es normal</b>	El tumor deberá <b>confirmarse histológicamente</b> .
El médico <b>examina</b> la garganta en busca de abultamientos anormales.	<b>La evaluación del tumor se funda en</b> la inspección y <b>palpación</b> del paciente siempre y cuando sea posible, y por exámenes de espejos indirectos y endoscopia directa.
El médico tiene que <b>extraer un pedazo pequeño</b>	<b>Es obligatoria</b> la confirmación por <b>biopsia</b> e histopatología.
<b>examinarlo en el microscopio</b> con el fin de determinar si hay células cancerosas	<b>Es obligatoria</b> la confirmación por biopsia e <b>histopatología</b> .
	<b>Se deberán utilizar</b> , según las indicaciones, otras evaluaciones de diagnóstico.
	Ni el examen de exploración del hígado/bazo ni el del hueso <b>tienen valor diagnóstico importante</b> .

Tabla 4.8: Lenguaje controlado contrastivo paciente – médico.

No solamente se diferencia mucho el tipo de terminología utilizada en uno y otro texto, sino también el uso de los verbos: en el texto para no profesionales destacan verbos tales como *encontrarse, examinar, introducir, ver* y *extraer*, mientras que en el texto para profesionales de la salud se observan menos verbos y los que aparecen son incluso de naturaleza más archilexemática (*efectuar, llevar a cabo, realizar, confirmarse, fundarse* y *ser obligatorio, utilizar* y *tener valor diagnóstico*). Es evidente que los verbos de los textos para pacientes son de un grado de concreción mayor, lo cual puede parecer una contradicción; en realidad, de lo que se trata es de una especie de absorción de la especialidad por parte del verbo para suplir la abstracción en la substantivación de los textos médicos.

Por otra parte, se observa que no todos los datos que se ponen a disposición del profesional de la salud se encuentran en el texto para pacientes. Vemos que se omite facilitarles información respecto de otras posibles evaluaciones de diagnóstico y que se considera pertinente no incluir información acerca de determinadas técnicas. De hecho, este tipo de información no se suele considerar relevante para los pacientes.

El análisis contrastivo como el de estos dos textos obviamente no nos facilita una información muy amplia ni respecto al lenguaje controlado, ni al vocabulario contrastivo paciente-médico. En general, lo que se suele hacer en estos casos, es proseguir con las búsquedas para confeccionar un inventario con el metalenguaje controlado que represente todos los parámetros semánticos y pragmáticos de la categoría objeto de estudio. En realidad, resulta más efectiva la búsqueda más amplia de un solo factor, sea éste de carácter semántico o pragmático. Veamos los siguientes contextos extraídos del corpus:

3 aspecto blanco y se siente áspera. Si se tienen síntomas, el médico puede realizar ciertas **pruebas para determinar si existe cáncer**. Por lo general, estas pruebas comienzan con un ex  
3 rior desconocido Por lo general, una vez el cáncer ha sido diagnosticado, se realizan más **pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado** a otras partes del cuer  
2 gimen especial los días previos a la recogida de la muestra. La colonoscopia es la mejor **prueba para diagnosticar cáncer** de colon pero tiene muchos inconvenientes para llevarla a c  
2 saliva, alteraciones de la voz, pérdida de peso, etc. 4 ¿Cómo se diagnostica? El principal **método de diagnóstico** es la esofagoscopia. Por un lado, esta exploración dará imágenes direct  
1 dos. Un tumor en un testículo es casi siempre maligno (cancerígeno), pero se requiere el **examen de un médico para determinar o asegurar que el tumor es tal**. Otros problemas qu  
2 decisiones del tratamiento, es posible que se requiera que el paciente se someta a varios **exámenes de diagnóstico**, como muestras de tejidos, rayos x's, imágenes de resonancia magnét

Los resultados obtenidos de la búsqueda del concepto y categoría *procedimiento diagnóstico* nos permiten establecer una escala aproximativa del grado de abstracción y dificultad en cuanto a las diferentes variantes encontradas:

- El médico puede realizar ciertas pruebas para determinar si existe cáncer.
- Se requiere el examen de un médico para determinar o asegurar que el tumor es tal.
- Es la mejor prueba para diagnosticar cáncer de...
- Se realizan más pruebas para determinar si las células cancerosas ...
- Es posible que se requiera que el paciente se someta a varios exámenes de diagnóstico.
- El principal método de diagnóstico es la ....

Tabla 4.9: Lenguaje controlado según niveles de abstracción / dificultad (de menor a mayor grado de abstracción).

En los ejemplos se ha podido apreciar la aplicabilidad de este tipo de análisis pragmático a las necesidades del traductor de textos especializados en cualquier área del saber. A través de los análisis de corpus específicamente diseñados hemos comprobado que se pueden extraer datos pragmáticos de diversa índole, en concreto, datos en torno a la variación denominativa, al lenguaje controlado y restringido a un usuario bien definido y, estrechamente relacionado con estos dos resultados, la construcción de redes de

significado que no son otra cosa que el reflejo del nivel de abstracción y dificultad de las unidades terminológicas y, por extensión, del discurso emitido por él. Dicho nivel o grado condiciona los primeros dos factores: la variación y el lenguaje controlado. Además son precisamente los fenómenos descritos los que otorgan cohesión al texto.

## **5. Modelación del conocimiento especializado aplicado al mapa conceptual de *endoscopia***

Tras haber establecido las bases teóricas de este estudio (véase cap. 2 y 4) y haber descrito las herramientas informáticas que nos servirán para llevar a cabo los análisis pertinentes de nuestro corpus (cap. 3), procederemos en este capítulo al análisis de los cuatro *corpora*, los dos que están dirigidos a los pacientes – en cada una de las lenguas – y los dos dirigidos a los profesionales de la salud – también uno en cada una de las dos lenguas. Observaremos qué tipo de conocimiento especializado se encuentra codificado en estos *corpora* y de qué forma, es decir, el grado de especialidad o tecnicidad que muestren los textos recogidos. De este modo, se procede al análisis de la terminología utilizada según la variación que se codifica atendiendo siempre al perfil concreto del receptor del texto.

Pasaremos, en primer lugar, al análisis del corpus destinado al paciente y familiar y a todos aquellos miembros de la comunidad cultural que no poseen un conocimiento previo acerca de la forma en que se articula el evento médico oncológico en la lengua, para seguir, en segundo lugar, con el corpus destinado al profesional de la salud. Describiremos los resultados obtenidos teniendo siempre en cuenta la información pragmática codificada en cada uno de ellos.

A lo largo de dichos análisis tendremos en cuenta si las concordancias que se extraigan son manifestaciones que están directamente relacionadas con la macrocategoría *procedimiento diagnóstico*. De hecho, veremos más adelante que, aunque algunas búsquedas nos llevan a resultados muy interesantes, éstas no pertenecen o reflejan un co-texto propio de algún método de diagnóstico, sino de un determinado tratamiento médico. Sólo si el co-texto extraído del corpus proviene realmente de la categoría objeto de este estudio, puede ser convertido en metalenguaje controlado utilizable para la elaboración de la definición variable de los conceptos de esta

macrocategoría o la construcción de otros tipos de texto del subcampo del diagnóstico oncológico.

Los dos objetivos fundamentales de los análisis y resultados que presentaremos en este capítulo son los siguientes: por una parte, su aplicación en la construcción de la definición de un término en tanto que texto destinado a un receptor concreto (cap. 4). Los datos obtenidos gracias a estos análisis nos servirán para poder vislumbrar las necesidades reales de los dos grupos de receptores y aplicar dichas informaciones a la elaboración de un metalenguaje controlado para los dos modelos de definición variable. El segundo objetivo está directamente relacionado con la construcción de textos especializados. Confeccionaremos un lenguaje controlado y clasificado según su nivel de abstracción que se extraerá precisamente del uso terminológico y estilístico de los diferentes textos analizados. Confiamos en que los resultados ayuden al traductor como constructor de textos especializados, ya que podrá disponer de un metacorpus expresamente construido para ese fin. Ambas aplicaciones se presentarán en el capítulo 6.

Para tal efecto y como hemos mencionado con anterioridad (cap. 2 y 4), nos parece muy importante la propuesta de una *definición variable*, sobre todo, si pensamos en el perfil de los usuarios de dicho texto. En este sentido, la definición sólo se puede considerar *variable* si se adapta a las necesidades del conocimiento previo o compartido entre emisor y receptor, esto es, si se entiende el receptor como un usuario que, aunque prototípico, su perfil se considere bien determinado, de modo que tanto la estructura de la definición como su contenido semántico se base en las estructuras de percepción cognitiva del mencionado receptor.

### **5. 1. El uso de un lenguaje controlado en la definición variable**

Uno de los objetivos operativos del proyecto *OncoTerm* fue la especificación de un lenguaje para la definición terminográfica que fuera conciso, consistente y aplicable no sólo al subcampo de la oncología, sino también a otras especialidades médicas y a otras lenguas (véase 1.3). En un principio, se trataba de un lenguaje controlado elaborado gracias al análisis de los *corpora* previamente creados; tanto la creación del lenguaje utilizado para la construcción de las definiciones como la de la representación de las relaciones conceptuales habían de ser controladas:

The specification of a language for terminological definitions in which the vocabulary used for conceptual description as well as the representation of conceptual relations is controlled and clearly defined (Faber en prensa: 5).

En esta cita la profesora Faber habla, en efecto, de un lenguaje controlado, sin embargo, no hace mención a la adaptación del mismo a los conocimientos previos del usuario en cuestión.

En este sentido, en este trabajo elaboramos el metalenguaje de las definiciones en base a la información que recabamos previamente en los propios textos que componen nuestro corpus. Son textos escritos por un tipo de autor (bien el especialista, bien el que se dedica al periodismo científico, etc.) dirigidos principalmente a dos grupos de receptores: el grupo de los profesionales de la salud y el de los pacientes y familiares.

Utilizaremos los datos obtenidos gracias a los análisis de nuestro corpus que se mostrarán en este capítulo, de modo que las definiciones sean las más apropiadas al acto de habla que hace falta codificar para el usuario concreto. De acuerdo con lo expuesto en el capítulo 3, la definición para el profesional de la salud es una *descripción* (acto de habla *describir*). No se trataría de un texto *explicativo*, sino *orientador* del lugar conceptual que ocupa el término en el mapa conceptual. La definición para el paciente o familiar, sin embargo, es una *descripción* (acto de habla *describir*) *explicativa* (acto de habla *explicar*).

Gracias al análisis de los *corpora* en ambas lenguas, efectuado, como acabamos de mencionar, con la finalidad de construir definiciones pragmáticas o variables, llegamos a una serie de hechos y, en algunos casos, confirmaciones que resumiremos de la siguiente manera:

- 1) Se ha confirmado la presencia de variación terminológica, que en el caso de la lengua alemana se ve altamente enriquecida (apéndice I).
- 2) Se ha observado la coocurrencia más que frecuente del tecnicismo con la variante divulgativa, principalmente en los textos de lengua alemana.
- 3) Se ha observado la utilización de explicaciones cuando el autor no tiene la posibilidad de recurrir al uso de variantes, sobre todo en los textos de lengua española.



- 4) Se ha observado el uso de informaciones especialmente interesantes y útiles para el paciente o familiar que llamaremos *información pragmática / pragmatische Information*, respectivamente.
- 5) Para sorpresa nuestra, los *corpora* destinados al especialista muestran, como veremos, en ambas lenguas la presencia de determinadas informaciones pragmáticas para este mismo receptor. Este hecho nos llevará a una ampliación del modelo de definición elaborado previamente, para así incluir las informaciones pragmáticas en la definición para el profesional de la salud.
- 6) El análisis de los *corpora* mostró variación en la sintaxis y en el grado de nominalización, aumentando éste último en los textos para especialistas, donde también se observa una sintaxis menos compleja y, por tanto, más económica en relación con la transmisión del mensaje.

Los resultados que vamos a presentar en este capítulo, servirán, conjuntamente con los datos facilitados por el especialista, para la elaboración de las definiciones de la categoría *endoscopia*.

Como hemos apuntado más arriba (apartado 2.4), cada categoría conceptual lleva su esquema prototípico de relaciones conceptuales que hemos denominado *esquema de la categoría* y que hemos presentado como un modelo cultural, por lo que el esquema de *endoscopia* constituye la información conceptual básica para la definición de los demás términos de este subcampo:

Esta información conceptual básica puede utilizarse para “formatear” la definición de términos, aumentando así su comprensión y expresando las conexiones con otros conceptos explícitos.[...]Puesto que cada categoría tiene su propio patrón conceptual, las definiciones de los términos para diferentes lenguas pueden formularse partiendo de la misma configuración de información subyacente. De esta manera, las definiciones ganan en homogeneidad y coherencia, al mismo tiempo que plasman las relaciones conceptuales (Faber et al. 2001:187).

A esta información conceptual básica se le añadirá la información extraída de nuestro corpus que vamos a presentar a continuación, llevando a cabo, de este modo, el primer paso y condición previa para la modelación de las definiciones del mapa conceptual de *endoscopia* (cap. 6). El hecho de que cada categoría tenga su propio patrón conceptual aplicable a las definiciones de los términos que componen dicha categoría, hace que la

configuración de la información subyacente también se repite en las definiciones. De este modo, mediante el patrón o esquema categorial se consigue una modelación de la estructura de la definición que, como hemos mencionado antes, se completará gracias a los datos extraídos de nuestro corpus.

Comenzaremos por los resultados obtenidos en los análisis del corpus dirigido al receptor no experto de lengua alemana, ya que es allí donde con mayor claridad destaca la variación, tanto en el uso de la terminología como en la sintaxis.

## **5.2. El lenguaje de la definición en alemán destinada al receptor no experto**

Los resultados obtenidos en los análisis de los *corpora* en lengua alemana son particularmente ricos en lo que se refiere al término y sus variantes, entendiendo los *términos* no solamente como unidades nominales, sino también como unidades verbales y adjetivales, en consonancia con Cabré (Cabré 2001a y apartado 2.1) que considera el conjunto de estos elementos léxicos como las *unidades terminológicas (UT)*. Sin embargo, sólo incluiremos en nuestros análisis el primer tipo de las USE (*unidades de significación especializada*), es decir, las combinaciones terminológicas, y no las combinaciones fraseológicas ni las unidades oracionales propias del área específica, por encontrarse estos dos grupos fuera de los objetivos planteados en este estudio.

A continuación, abordaremos en primer lugar la variación terminológica (apartado 5.2.1) y, en segundo lugar, la información pragmática codificada en el corpus (apartado 5.2.2) siendo ésta – en consonancia con el tema de este estudio - la parte fundamental de los análisis.

### **5.2.1. La variación terminológica**

En relación con las unidades terminológicas objeto de nuestra búsqueda, a través de las concordancias sacadas del corpus de textos en lengua alemana dirigidos al paciente o familiar (apéndice I), se puede observar que los términos manifiestan las siguientes particularidades:

1. Las unidades terminológicas de raíz germánica se usan sin la mención simultánea del tecnicismo griegolatino.

2. Las unidades terminológicas de raíz germánica se usan conjuntamente con los términos más técnicos de raíz latina o griega.

Suponemos que las razones que explican cada una de estas manifestaciones, respectivamente son las siguientes:

- (a) el emisor del texto considera que no es necesario ofrecerle al usuario no especialista más que el término divulgativo o
- (b) que el emisor opta por utilizar el término técnico, pero siempre acompañándolo por la variante divulgativa para garantizar, de este modo, la llegada del mensaje al receptor no especialista.

A continuación, mostramos tres ejemplos sacados de las concordancias de forma aleatoria (apéndice I) en los que se puede apreciar claramente el tratamiento de dichas unidades terminológicas, esto es, el fenómeno de la variación, razón por la que hemos elegido precisamente estas concordancias. Se trata de los términos *Kehlkopfspiegelung / Laryngoskopie*, *Bauchspiegelung / Laparoskopie* y *Magenspiegelung / Gastroskopie*:

N Concordance

1 Schilddrüsengewebe, so daß die Radiojodszintigraphie zur Metastasensuche erst nach der vollständigen Schilddrüsenentfernung durchgeführt werden kann. **Kehlkopfspiegelung** Auch hier geht es um die Ausdehnung des Tumors. Insbesondere wird festgestellt, ob die Funk  
2 recurrens) die vor Eintritt in den Kehlkopf an der Unterseite beider Schilddrüsenlappen verlaufen, durch Tumorstadium beeinträchtigt ist. Bei der indirekten **Kehlkopfspiegelung** (*Laryngoskopie*) wird dazu ein kleiner Spiegel in den Mund eingeführt. Über einen zweiten Spi  
3 iagnose zu stellen. Zur körperlichen Untersuchung gehört auch ein gründliches Abtasten des Halses, um eventuell vergrößerte Lymphknoten festzustellen. **Kehlkopfspiegelung** (*Laryngoskopie*) Um zu klären, ob überhaupt eine sichtbare krankhafte Veränderung vorliegt -

2 und Beckenorgane beurteilen, sie kann unter Sicht Gewebeprobe (Biopsie) entnehmen und operative Eingriffe durchführen. Wie wird eine **Bauchspiegelung** durchgeführt? Bei der *Laparoskopie* wird unter Narkose die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstoßen. Danach w  
3 eschwerden und Operationen. Wird bei der Untersuchung eine Veränderung festgestellt, nimmt der Arzt unter Umständen noch während der **Bauchspiegelung** eine Gewebeprobe für weitere Untersuchungen. Oder er führt direkt eine laparoskopische Operation die so genannte

1 olgskontrolle der Behandlung bzw. in der Tumornachsorge dar. Bei Magenkrebs werden die Tumormarker CA 72-4 und weniger empfindlich CA 19-9 und CEA untersucht. **Magenspiegelung** (*Gastroskopie*) Bei der Magenspiegelung wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben

2 Tumornachsorge dar. Bei Magenkrebs werden die Tumormarker CA 72-4 und weniger empfindlich CA 19-9 und CEA untersucht. Magenspiegelung (*Gastroskopie*) Bei der **Magenspiegelung** wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben. Im Inneren dieses Instrumentes verlaufen Glasfaser

En estas concordancias se utiliza el término técnico conjuntamente con la variante divulgativa.

También encontramos términos que figuran con más de una variante divulgativa. Se puede considerar que este hecho demuestra en qué medida el texto escrito para los no expertos actualiza una serie de variantes. Por consiguiente, el corpus supone una fuente de conocimiento de diferentes niveles de dificultad, una herramienta que ayuda al traductor a seleccionar el tipo de variante que ha de utilizar en función del tipo de texto. Las variantes *Speiseröhrenspiegelung* / *Spiegelung der Speiseröhre* del término *Ösophagoskopie* o *Magenspiegelung* / *Spiegelung des Magens* en lugar de *Gastroskopie* son ejemplos que demuestran este tipo de variación:

1 u können. Wie diagnostiziert der Arzt den Speiseröhrenkrebs? Hauptsächlich durch eine **Speiseröhrenspiegelung** (Ösophagoskopie). Bestätigt wird ein Verdacht durch eine Gewebeentnahme (Biopsie). Wie wird Speiseröhrenkrebs  
3 rung der PET -Untersuchung. Auch die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die **Spiegelung der Speiseröhre**, des Magens und des Zwölffingerdarms, die endoskopische Untersuchung des Pankreas- und Gallenganges und des Zwölffingerdarms, die endoskopische  
2 Tumornachsorge dar. Bei Magenkrebs werden die Tumormarker CA 72-4 und weniger empfindlich CA 19-9 und CEA untersucht. Magenspiegelung (Gastroskopie) Bei der **Magenspiegelung** wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben. Im Inneren dieses Instrumentes verlaufen Glasfaser  
4 mit der der Gallengang und der Pankreasgang untersucht werden kann. Dabei wird eine **Spiegelung des Magens** und des Dünndarms mit einem beweglichen Endoskop durchgeführt. Die Papille, also die gemeinsame Mündung von Gallengang und Pankreasgang im Dünndarm

Con la utilización de ambos términos, es decir, el que usan los médicos y la variante divulgativa, en los textos destinados al no experto, se consiguen dos objetivos, uno prioritario y otro de carácter secundario. Con la variante divulgativa se transmite el mensaje o información de contenido médico al destinatario del texto, de tal forma que lo entienda (acto de habla *describir* y *explicar*), y con término técnico el emisor *instruye* en el sentido de ampliar el vocabulario médico del receptor no especialista. Gracias a esta *instrucción* al receptor le será más fácil entender las explicaciones facilitadas por los médicos y demás personal sanitario, tanto en forma de explicaciones orales como escritas (por ej. un informe médico).

En las definiciones destinadas al paciente que propondremos en el siguiente capítulo (apartado 6.5), aparece como entrada de la definición únicamente la variante divulgativa – y si hubiera más de una, la que aparece con más frecuencia. Las demás variantes se especificarían al comienzo de las tablas del metalenguaje propio de cada una de las definiciones, acompañadas, a su vez, por el metalenguaje respectivo. El

usuario lego, en el caso de interesarse por la definición dirigida al profesional de la salud, puede acceder a ella fácilmente en la base de datos terminológica de *OncoTerm*. De este modo, el usuario, bien con conocimientos bien sin conocimientos previos, tiene la posibilidad de activar ambas definiciones, siempre de acuerdo con sus necesidades. En la imagen (fig. 5.1) que muestra el editor de la base de datos terminológica de *OncoTerm*, se aprecia la posibilidad de activar cualquiera de los dos términos que aparecen en lengua alemana: *Pelviskopie* y *Beckenspiegelung*.

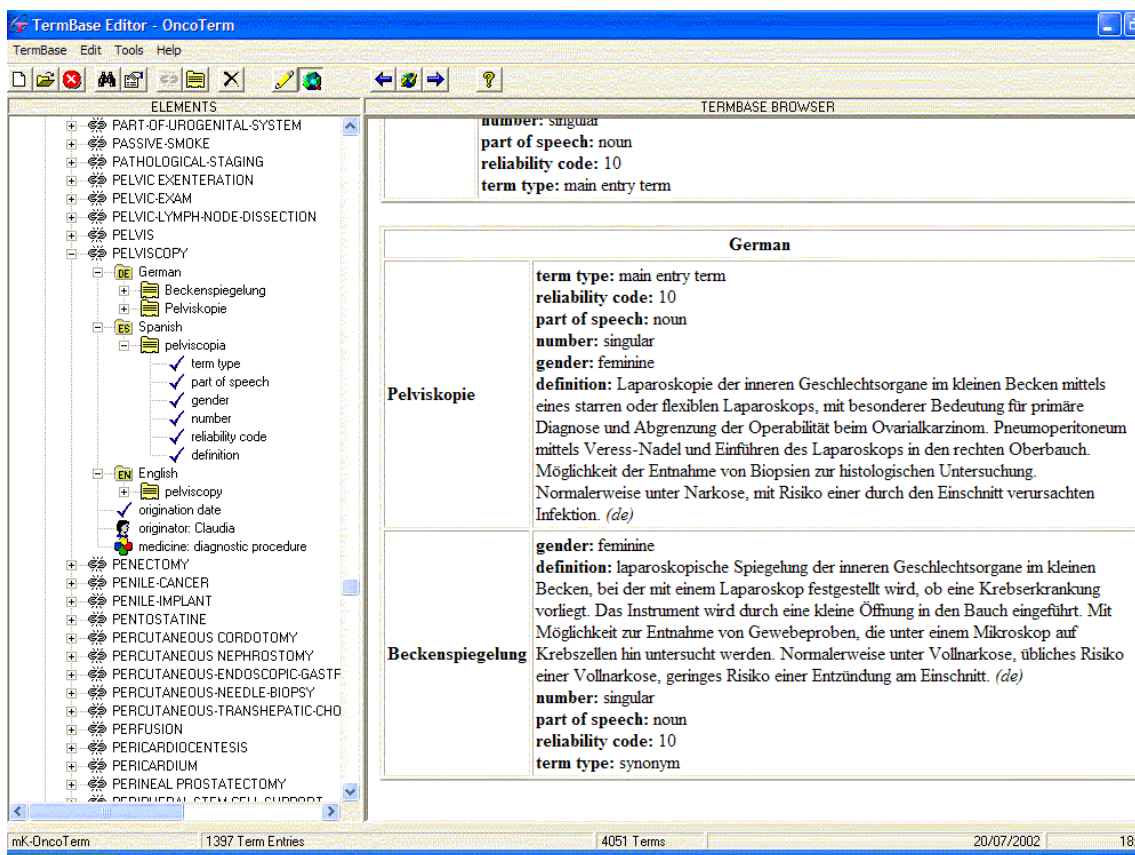


Fig. 5.1: Dos definiciones pragmáticas en el *Termbase Browser*.

En la figura se puede observar cómo en la parte derecha de la imagen aparecen las dos definiciones en el navegador *Termbase Browser* que permite la visualización de la información contenida en la base de datos terminológica en formato HTML. Si comparamos los dos textos de la imagen, podemos observar que el lenguaje es diferente:

Pelviskopie	Beckenspiegelung
Laparoskopie	laparoskopische Spiegelung
mittels eines starren oder flexiblen Laparoscops	bei der mit einem Laparoskop
mit besonderer Bedeutung für primäre Diagnose u. Abgrenzung der Operabilität beim Ovarialkarzinom	festgestellt wird, ob eine Krebserkrankung vorliegt.
Pneumoperitoneum mittels Veress-Nadel	_____
Einführen des Laparoscops in den rechten Oberbauch.	Das Instrument wird durch eine kleine Öffnung in den Bauch eingeführt.
Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung.	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden.
Normalerweise unter Narkose, mit Risiko einer durch den Einschnitt verursachten Infektion.	Normalerweise unter Vollnarkose; übliches Risiko einer Vollnarkose; geringes Risiko einer Entzündung am Einschnitt.

Tabla 5.1: Lenguaje contrastivo de *Pelviskopie* / *Beckenspiegelung*.

El lenguaje se adapta al receptor concreto de la definición, incluso aparecen datos que sólo se ofrecen a uno de los dos grupos: se informa al profesional de la salud de que se ha de realizar un neumoperitoneo mediante aguja Varess, mientras que este dato no aparece en la definición para el paciente. Éste, en cambio, aprende que se puede analizar una prueba de tejido bajo el microscopio para saber si lleva células cancerosas; también se le informa acerca del riesgo que conlleva una anestesia total, ambos hechos sabidos por el médico y demás profesionales de la salud.

### 5.2.2. El lenguaje pragmático controlado

Aunque hayamos conseguido estructurar nuestra definición según la localización del concepto en el eje paradigmático, reflejando el entorno conceptual de cada uno (apartado 2.4); no obstante, aún no está incluida la información pragmática, es decir, la que tenga en cuenta precisamente al destinatario de esa definición. Tendremos que buscar la forma de ofrecerle a cada uno de los posibles receptores del texto una versión adaptada a ellos o, dicho de otra manera, a su realidad social, su perfil concreto. Se trata de buscar respuestas a las siguientes preguntas:

- (a) ¿Qué necesita el receptor del mensaje?

- (b) ¿Qué expectativas tiene?
- (c) ¿Cuáles son sus demandas sociales?

Ya no tenemos en mente el receptor prototípico del discurso, sino uno real y concreto rodeado de un entorno cultural concreto (cap. 4). El siguiente paso consistirá, pues, en la inclusión de la información pragmática dentro del esquema de definición que hemos propuesto más arriba (apartado 2.4.2). Haremos hincapié en el tipo de información que necesita el profesional de la salud / especialista, por una parte, y el paciente / familiar / no especialista, por otra parte. Este último necesita ser informado respecto a una serie de datos que rodean la intervención a la que posiblemente se tenga que someter. Veremos que este grupo de receptores legos valorará de forma positiva la oferta de información que ofrezca respuestas, por ejemplo, a las preguntas siguientes:

- ¿Cuánto tiempo durará la intervención?
- ¿Se trata de una intervención dolorosa?
- ¿Conllevará riesgos?
- ¿Hará falta anestesia general?
- ¿Qué tipo de anestesia se aplicará?
- ¿Me dará información acerca del nivel de gravedad del tumor?
- ¿Hasta qué punto es fiable esa prueba?

Hemos podido encontrar varias páginas *web* de las que algunas figuran en nuestro corpus que incluyen indicaciones y reflexiones en relación con las posibles preocupaciones por parte de los pacientes / familiares aunque no sea siempre de forma muy explícita. Así, por ejemplo, ofrece la *Deutsche Krebshilfe* en su página *web*<sup>46</sup> ayuda psicológica:

Der Film soll helfen, Angst abzubauen und Ruhe zu bewahren. Er informiert unter anderem über die Operation sowie die Bedeutung des Tumorstadiums. Weitere Schwerpunkte: Risikofaktoren und der Stand der Forschung.

El usuario de esta página *web* tiene la posibilidad de adquirir vídeos sobre un tipo de cáncer concreto, que ofrecen consejos de cómo enfrentar los miedos, resolver las dudas,

---

<sup>46</sup> <http://www.krebshilfe.de>

etc. Gracias a estos vídeos, dicha organización alemana quiere ayudar, dentro de lo posible, a mantener la calma en situaciones tan difíciles para pacientes y familiares. En el fragmento de texto extraído de dicha página se encuentra, por ejemplo, el término *Risikofaktoren* (factores de riesgo) que refleja una de las posibles preocupaciones de un enfermo de cáncer que consulte este sitio en Internet.

Otra página *web* que, en este caso, ofrece ayuda psicológica directa en Internet, es *Hospital 24h (World Wide Hospital)*:

La fase diagnóstica es una etapa de gran incertidumbre y un elevado sufrimiento emocional, se produce una interrupción de la vida cotidiana y en muchas ocasiones el paciente se encuentra bloqueado, sin posibilidad de pensar y tomar decisiones, así mismo, la sospecha de la enfermedad, genera angustia y ansiedad, repercutiendo en todas las áreas de funcionamiento personal, laboral, familiar, social, etc. Toda la familia se resiente de la situación viviendo una angustia permanente en espera de pruebas y resultados<sup>47</sup>.

En distintos sitios *web* se encuentra información que, efectivamente, hace referencia al estado psicológico del paciente / familiar en la medida que tiene en cuenta los posibles miedos, dudas, etc. de los afectados por una enfermedad determinada. Por otra parte, dichas páginas no están diseñadas para captar la atención del usuario mediante preguntas directas como las que hemos planteado antes. En nuestra opinión, en este aspecto cabe una mejora y ampliación de dichos sitios *web*; debería de ser posible un acercamiento hacia el usuario y sus preocupaciones y demandas reales al preguntarle directamente y ofrecerle enlaces hacia la información que más le interese sin perderse en una telaraña de páginas llenas de datos para el lector prototípico, pero no para el lector individual y concreto.

Otra forma de averiguar la necesidad de información de los usuarios de páginas *web* o artículos o folletos divulgativos sobre temas oncológicos podría haber sido la confección de un cuestionario. Rechazamos esta opción, ya que al proponer una serie de preguntas forzosamente condicionaríamos al sujeto en cuestión de una manera indeseada. En nuestra opinión, el resultado de dichos cuestionarios no sería real. Sin embargo, consideramos que la información ofrecida en Internet se fundamenta, hasta cierto punto, como acabamos de constatar, en demandas reales y análisis de mercado de usuarios potenciales, por lo que nos autolimitamos a ella, exceptuando la consulta frecuente a especialistas, sin la que no habríamos podido completar los datos extraídos



del corpus que suelen ser insuficientes para una elaboración satisfactoria de las definiciones, como veremos a lo largo de este capítulo.

Las preguntas hipotéticas que se podría plantear el paciente se confirman plenamente a lo largo de nuestros análisis. En este apartado, se reflejan los resultados encontrados en los *corpora* de lengua alemana teniendo en cuenta las preguntas planteadas con anterioridad. Los siguientes conceptos son los que están directamente relacionados con dichas preguntas y representan datos de índole pragmática que llamaremos informaciones o factores pragmáticos:

En lengua alemana	En lengua española
örtliche Betäubung / Vollnarkose	anestesia local / anestesia general
Risiko / Gefahr	riesgo / peligro
Unannehmlichkeiten	molestias
Schmerzen	dolor
Dauer	duración
Zuverlässigkeit der Untersuchung	fiabilidad de la prueba

Tabla 5.2: Factores pragmáticos propios de la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

Una vez seleccionados los datos pragmáticos sobre los que necesitamos informar al paciente o familiar, procedemos a las respectivas búsquedas con la herramienta *Wordsmith Tools* (apartado 3.3). Analizaremos las concordancias que se presenten al introducir cada uno de los términos de la tabla 5.2 en *Search Word or Phrase* de la función *Concordance Settings* de nuestra herramienta de análisis.

---

<sup>47</sup> worldwidehospital [<http://www.wwh.com>]

En lengua alemana	En lengua española
BETÄUBUNG / ANÄSTHESIE	ANESTESIA
NARKOSE	
SEDIERUNG	SEDACIÓN
RISIKO	RIESGO
GEFAHR	PELIGRO
UNANNEHMLICHKEIT	MOLESTIA
SCHMERZ	DOLOR
DAUER	DURACIÓN
ZUVERLÄSSIG	FIABILIDAD
VORBEREITUNG	PREPARACIÓN

Tabla 5.3: Palabras buscadas con *Wordsmith Tools* en el corpus para el paciente.

Si comparamos esta lista con la tabla 5.1, se aprecia un cambio evidente. La lista ha sido ampliada en el concepto *Sedierung / sedación* por una parte, y un grupo de conceptos que reflejan condiciones específicas (*Vorbereitung / preparación previa*) de determinados métodos de diagnóstico, tales como la obligación de seguir una dieta, de estar en ayunas o tomar un purgante antes de la prueba. La necesidad de incluir estas informaciones en la lista de búsquedas se basa en los datos facilitados por el especialista en torno al desarrollo de las diferentes técnicas. La inclusión del concepto *sedación*, sin embargo, tiene su origen en el corpus mismo, es decir, en la dinámica o estrategia surgidas de las distintas búsquedas, tal y como veremos a continuación.

En la parte alemana de la lista, figuran como primeras búsquedas las palabras *Betäubung* y *Anästhesie*. Sólo se presentan tres concordancias con el término *Anästhesie*, en cambio veinte con la variante divulgativa *Betäubung*. Se aprecia que el término *Anästhesie* aparece siempre en forma de *Lokalanästhesie*, refiriéndose éste a la anestesia local y no general, igual que *lokale / örtliche Betäubung*.

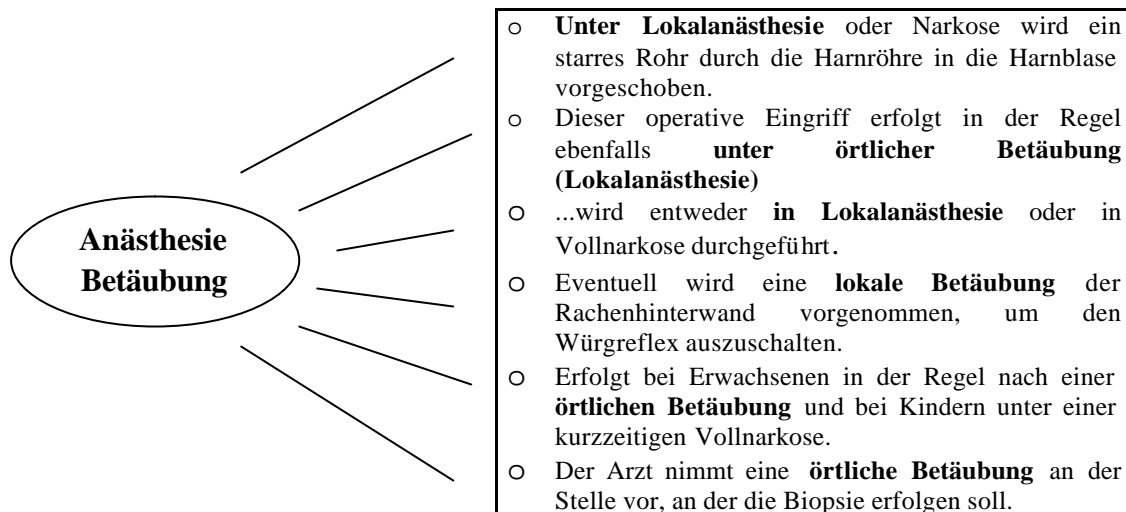


Tabla 5.4: Resultados de la búsqueda *Anästhesie* en el corpus para el paciente.

Antes de detallar los resultados respecto a la unidad terminológica *Narkose*, hemos de resaltar el hecho de que éstos son más amplios que los obtenidos con la búsqueda anterior y, sobre todo, que contienen datos que nos llevaron a una ampliación de la lista de términos susceptibles de ser sometidos a un análisis para descubrir informaciones de carácter pragmático, tal y como hemos dicho más arriba.

A continuación se muestran los resultados más relevantes en la búsqueda de *Narkose* sacados de las 23 concordancias (apéndice V) de los análisis de nuestro corpus:

**Narkose**

- Diese Methode wird **unter Narkose**<sup>48</sup> eingesetzt.
- ...erfolgt üblicherweise **in Narkose**.
- Gänzlich beschwerdefrei ist die Biopsie **in Allgemeinnarkose**.
- Dieser Eingriff wird **unter Narkose** vorgenommen.
- ...ein chirurgischer Eingriff, bei dem eine **Vollnarkose** notwendig ist.
- Diese Untersuchung sollte in Abhängigkeit vom Alter des Kindes **in Vollnarkose** erfolgen.
- Der Eingriff wird meist **in Vollnarkose** durchgeführt.
- Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "**Schlafnarkose**", d.h. ein Medikament<sup>49</sup> ...
- In diesem Fall erhält der Patient eine **Vollnarkose**.
- Hier kann meist auf jegliche **Narkose** verzichtet werden.
- **Unter** Lokalanästhesie oder **Narkose** wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben.

<sup>48</sup> La negrita ha sido añadida por la autora de este estudio.

<sup>49</sup> El subrayado ha sido añadido por la autora de este estudio.

- Die Thorakoskopie wird unter **Narkose** durchgeführt.
- Eine **Narkose** ist nur selten notwendig.
- Bei der Laparoskopie wird **unter Narkose** die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstoßen.
- Eine genauere Untersuchung des Kehlkopfs wird in der Regel **unter Narkose** durchgeführt.
- Der Patient erhält eine **Kurznarkose**.
- Da der Arzt eine **Kurznarkose** durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen Narkoserisiken.
- Die Bronchoskopie wird dann entweder in Lokalanästhesie oder **in Vollnarkose** durchgeführt.
- ...in der Regel nach einer örtlichen Betäubung und bei Kindern **unter einer kurzzeitigen Vollnarkose**.

Tabla 5.5: Resultados de *Narkose* en el corpus para el paciente.

La información principal reside en el hecho de que se trata de la anestesia general que aparece con algunas variantes como *in / unter Narkose*, *in / unter Vollnarkose* y *in Allgemeinnarkose*. Nos encontramos también con un tipo de anestesia general, la de duración corta, denominada *unter einer kurzzeitigen Vollnarkose / Kurznarkose*. En una de las concordancias aparece la palabra *Medikament* conjuntamente con el término "*Schlafnarkose*". El paciente recibe la información de que puede ser dormido con la ayuda de un medicamento, por lo que no tiene que correr el riesgo propio de una anestesia general. En relación con los distintos tipos de anestesia, "*Schlafnarkose*" aparece como un dato bastante relevante por lo que ha de incluirse en la definición variable para el paciente. A continuación, mostramos de forma completa la concordancia en la que se encuentra "*Schlafnarkose*":

*\*narkose\**

23 Entnahme einer Gewebeprobe, z.B. zum Nachweis bzw. Ausschluss einer Krebserkrankung. Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "**Schlafnarkose**", d.h. ein Medikament, meistens Dormicum<sup>50</sup> wird i.v., also intravenös, injiziert. Der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand, in dem er

Junto al término *Medikament* aparece el nombre del medicamento administrado con más frecuencia, es decir, *Dormicum*. Se observa claramente cómo la búsqueda general nos va llevando a una búsqueda particular y esta a otra búsqueda más restringida aún. Las búsquedas, por tanto, no son aleatorias, sino que, por un lado, nos las da el propio texto y, por otro, nos las ofrecen los resultados de las búsquedas y así sucesivamente. Se trata de un tipo de estrategia ofrecida por la misma dinámica que surge de la combinación entre textos y diferentes búsquedas.

<sup>50</sup> El subrayado ha sido añadido por la autora de este estudio.

Procedemos a la siguiente búsqueda (*Dormicum*) que nos facilita más información en relación con la sedación del paciente, al utilizar el emisor del texto el sintagma *medikamentöse Sedierung*:

*dormicum*

N Concordance

1 oskopie in jährlichen Abständen erfolgen. Eine gut durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser Sedierung (**Dormicum**), innerhalb weniger Minuten. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung  
2 luss einer Krebserkrankung. Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose", d.h. ein Medikament, meistens **Dormicum** wird i.v., also intravenös, injiziert. Der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand, in dem er keine S

*sedier\**

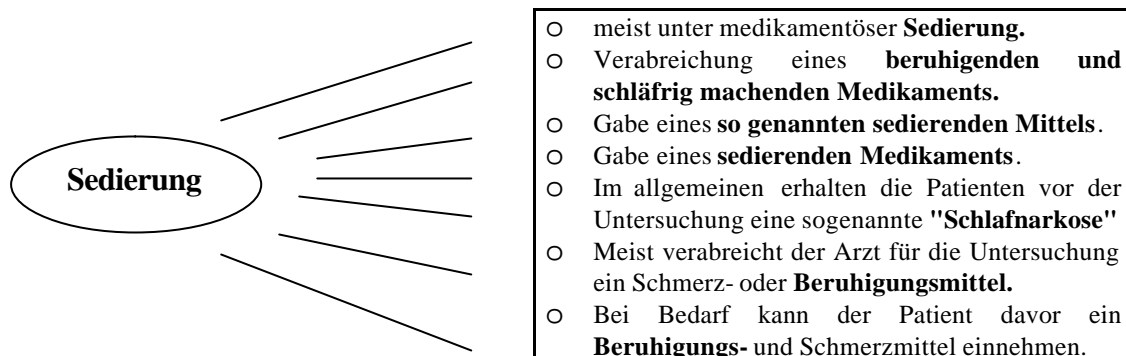
N Concordance

1 durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser **Sedierung** (Dormicum), innerhalb weniger Minuten. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchle  
2 diesem Fall auf eine Koloskopie verzichten. Wie läuft die Darmspiegelung ab? Ein **sedierendes** Medikament ist für die Darmspiegelung nicht unbedingt erforderlich, kann aber auf Wunsch verabreicht werden  
3 Untersuchung ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes **sedierendes** Mittel, gegeben wird, darf der Patient für den Rest des Tages nicht selbst ein Fahrzeug steuern. Daher sollte  
4 blutungen sind, vor allem nach Abtragung von Polypen, möglich. Durch die Gabe eines **sedierenden** Medikaments kann es bei einer bestehenden Erkrankung zur Verschlechterung der Herz- und Lungenfunktion

La tercera de las concordancias de *Sedierung* nos lleva hacia otra búsqueda terminológica relacionada con la sedación de un paciente, la del término *Beruhigungsmittel*:

2 agert, also gespreizt. Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel**. Eine Narkose ist nur selten notwendig. Die äußeren Geschlechtsorgane w  
3 cken oder seltener in eine bequeme Seitenlage. Bei Bedarf kann der Arzt dem Patienten **Beruhigungs-** oder Schmerzmittel geben. Meist untersucht der Arzt zunächst den After mit de  
10 nnungswerte. Wie wird eine Biopsie entnommen? Bei Bedarf kann der Patient davor ein **Beruhigungs-** und Schmerzmittel einnehmen. Zuerst bestimmt der Arzt die genaue Lage des G

Las líneas de concordancia de los términos *Sedierung* y *Beruhigungsmittel*, extraídas del corpus nos permiten reunir una serie de manifestaciones lingüísticas para un vocabulario controlado en relación con el concepto *Sedierung* que comprendería la siguiente información:



- meist unter medikamentöser **Sedierung**.
- Verabreichung eines **beruhigenden und schläfrig machenden Medikaments**.
- Gabe eines **so genannten sedierenden Mittels**.
- Gabe eines **sedierenden Medikaments**.
- Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "**Schlafnarkose**".
- Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel**.
- Bei Bedarf kann der Patient davor ein **Beruhigungs- und Schmerzmittel** einnehmen.

Tabla 5.6.: Resultados de *Sedierung* en el corpus para el paciente.

Algunos de los datos encontrados en relación con *Narkose* nos llevan al siguiente término de la lista de búsqueda, *Risiko*, ya que se trata de una de las concordancias que habla de los riesgos de la anestesia, *Narkoserisiken*, tal y como se puede apreciar a continuación:

34      likationen können bei der ERCP auftreten? Da der Arzt eine Kurznarkose durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen **Narkoserisiken**. Nach einer ERCP steigt in etwa 50 Prozent der Fälle im Blut die Konzentration der Lipase an. Dabei handelt

Después de efectuar las diferentes búsquedas con *Wordsmith Tools* (apéndice V), parece evidente que tanto la anestesia como determinados métodos de diagnóstico conllevan algún tipo de riesgo para el paciente. Se observa que en los textos analizados se coincide en que éste ha de ser informado debidamente antes de la intervención. Por lo tanto, para nuestro estudio, es importante incluir los datos al respecto en las definiciones destinadas al paciente.



- Die Untersuchung ist praktisch **risikolos**.
- Es bestehen die allgemeinen **Narkoserisiken**.
- Das **Risiko von Verletzungen** im Rahmen der Zystoskopie wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering.

Tabla 5.7: Resultados de *Risiko* en el corpus para el paciente.

Desgraciadamente, el corpus contiene apenas información concreta y detallada en relación con estos riesgos, por lo que resulta imprescindible recurrir a la ayuda de los especialistas para poder completar los datos en la definición de cada tipo de endoscopia. En el próximo capítulo se podrán observar los resultados de la consulta a los expertos.

El siguiente término de la lista de datos pragmáticos (*Gefahr*) nos presenta un mayor número de concordancias gracias a los resultados de diferentes búsquedas, a saber, *gefahr\** + *untersuchung*, *gefahr\** + *~\*krebs\** (se excluye el término *krebs* y los que contienen la palabra *krebs*), *\*gefähr\** + *methode* y *\*gefähr\** + *untersuchung\**.

### Gefahr

- Die Prostatabiopsie heute eine **recht gefahrlose** und fast schmerzfreie Untersuchung.
- Sie ist **praktisch gefahrlos**.
- **Gefahr** des Verschluckens: Kontrastmittel kann in die Lunge gelangen und dort eine Entzündung verursachen.
- Bei **Gefahr** des Austretens des Kontrastmittels in den Bauchraum wird statt Bariumsulfat ein jodhaltiges Kontrastmittel oral verabreicht.
- ... kann an dieser Stelle **gefahrlos** vorgenommen werden.
- Die Bronchoskopie liefert genauere Ergebnisse, da die **Gefahr** der Kontamination ... geringer ist.
- ... an Divertikulitis (Entzündung von Darmwand-Ausstülpungen) leiden, **besteht die Gefahr**, dass das Koloskop bei der Untersuchung die Darmwand durchstößt (Perforation).
- ist eine schnell verfügbare, **ungefährliche** und preiswerte **Methode**.
- Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**.
- Die Ultraschall-Untersuchung der Schilddrüse ist **ungefährlich**.

Tabla 5.8: Resultados de *Gefahr* en el corpus para el paciente.

La información contenida en *Gefahr* no se distingue fácilmente del anterior término que era *Risiko*; de hecho, en una concordancia se habla del *peligro* de que el coloscopio perfora el intestino y no de *riesgo*, como en el caso de una posible perforación durante una cistoscopia, concordancia que aparece en la búsqueda de *Risiko*. Se trata de las siguientes concordancias:

*risik\** + *verletzung\**

N Concordance

1 ls zurückzuführen ist. Es handelt sich hier jedoch selten um eine dauerhafte Schädigung. Auch das **Risiko** von Verletzungen im Rahmen der Zystoskopie wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering.

*gefahr\* + ~\*krebs\**

14 Divertikulitis (Entzündung von Darmwand-Ausstülpungen) leiden, besteht die **Gefahr**, dass das Koloskop bei der Untersuchung die Darmwand durchstößt (Perforation). Um diese Komplikation

Volviendo a los resultados de *Gefahr* (tabla 5.8), constatamos, una vez más, la falta de especificidad en cuanto a datos concretos que se refieren a *endoscopia*. Sólo existen dos concordancias que hacen referencia a algún método diagnóstico entre las que se encuentra la que menciona el peligro de perforación del intestino con el coloscopio. La segunda (“Die Bronchoskopie liefert genauere Ergebnisse, da die *Gefahr* der Kontamination...”) no habla de peligros para el paciente, sino de que a través de dicha técnica se consiguen mejores resultados analíticos. Por lo tanto, la concordancia no se puede tener en cuenta para el tipo de información que estamos buscando.

En lo que respecta a la siguiente búsqueda, la palabra *Unannehmlichkeit*, decidimos, por el escaso número de concordancias – sólo una – continuar con otras tentativas, casi sinonímicas en este contexto, como *Belastung* y *unerträglich* gracias a las que se consiguieron algunas concordancias más. La tabla de los resultados quedará como sigue:



- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Die meisten dieser Methoden sind schmerzlos und <b>bringen nur wenig Unannehmlichkeiten</b> für die Patienten mit sich.</li><li>○ Mini-Endoskopie verbessert Krebs-Früherkennung – <b>Geringere Belastungen</b> für Patienten.</li><li>○ ... sind heute bei der Mehrzahl der Patienten <b>ohne große Belastung</b> des Betroffenen durch eine durch Ultraschall- oder CT-gesteuerte Punktion möglich.</li></ul> |
|---|

Tabla 5.9: Resultados de *Unannehmlichkeit* + *Belastung* + *unerträglich* en el corpus para el paciente.

De las tres concordancias en las que se hace alguna referencia a posibles molestias durante la intervención diagnóstica, sólo una – la segunda – se menciona directamente en relación con la *endoscopia*, reflejando la primera (*Unannehmlichkeiten*) un co-texto más general, pero siempre en el ámbito del diagnóstico. La última trata de otro procedimiento diagnóstico concreto, la punción. Desgraciadamente, los resultados de la



búsqueda de *unerträglich* pertenecen prácticamente todos al campo del tratamiento, concretamente a la radio y quimioterapia, salvo dos textos en los que se habla de los efectos secundarios de un determinado medio de contraste, ámbito que sí forma parte del procedimiento diagnóstico, pero no de la *endoscopia*.

La búsqueda del término *Schmerz* nos lleva a una serie de concordancias de las que algunas mencionan posibles dolores causados por la intervención diagnóstica.

### Schmerz

- Bei der Untersuchung **verspüren Sie keine Schmerzen**.
- **Sollten** bei der Untersuchung **Schmerzen auftreten**, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.
- Die Untersuchung ist (**völlig**) **schmerzlos**.
- Die Prostatabiopsie ist heute eine recht gefahrlose und **fast schmerzfreie** Untersuchung.
- **Man spührt in der Regel keinen Schmerz**.
- Die Untersuchung ist **schmerzhaft**.

Tabla 5.10: Resultados de *Schmerz* en el corpus para el paciente.

El primero de los resultados de esta tabla, sacados de las seis concordancias más interesantes con vista a nuestras definiciones, proviene de un fragmento de texto en el que, en realidad, aparecen dos factores pragmáticos relevantes para el paciente que se someterá a una gastroscopia, es decir, el tipo de anestesia y la presencia / ausencia de dolor. Mediante la administración de una anestesia local se consigue que el paciente no sienta ningún dolor.

3 Vor der Untersuchung wird ein Lokalanästhetikum (ein Medikament, durch das Sie für kurze Zeit örtlich schmerzfrei werden) in Ihren Rachen sprühen oder ein Medikament zur Entspannung verabreichen, so daß Sie bei der Untersuchung keine **Schmerzen** verspüren. Wenn Ihr Arzt auffälliges Gewebe entdeckt, wird er möglicherweise ein kleines Stück herausschneiden, damit er es unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen kann. Dieser

La duración del examen diagnóstico constituye el siguiente factor pragmático de la lista que hemos presentado al principio de este apartado. Con *dauert\** + *untersuchung* y *minut\** conseguimos extraer una serie de concordancias de algunos textos del corpus en los que se menciona la duración de una determinada prueba diagnóstica (apéndice V). En tres de ellos se trata de algún tipo de endoscopia. Son las tres primeras

concordancias que hacen referencia a la broncoscopia, la cistoscopia y la gastroscopia, respectivamente:

*dauert\* + untersuchung*

N Concordance

1 Is schon während eines rund vierstündigen Eingriffs operierte, nahm die Bronchioskopie vor. Eine viertel Stunde **dauerte** die Untersuchung, für die Hackmann unter Vollnarkose geset  
6 bestimmten Region erfaßt werden. SPECT Aufnahmen sind bei der dynamischen Unter-  
suchung wegen der **Dauer** der Aufnahme nicht möglich. Indikationen Durchblutungsstudien bei  
9 i Männern ist es etwas schwieriger, da die männliche Harnröhre länger und gebogen ist.  
Die Untersuchung an sich **dauert** nur wenige **Minuten** und kann auch ambulant durchgeführt

*minut\**

8 Regel ambulant, meist unter medikamentöser Sedierung (Dormicum), innerhalb weniger  
**Minuten**. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung wird di  
13 men des Schädels. Die reine Untersuchungszeit beträgt bei neueren Geräten nur wenige  
**Minuten**. Ist beim Patienten ein Eingriff am Gehirn geplant, sei es zur Punktion, zur Tumorent  
22 dauer hängt stark von der zu untersuchenden Region ab, beträgt im Durchschnitt aber 30  
**Minuten**. Während der Untersuchung hält der Patient eine Klingel in der Hand, mit der er sich  
25 Fragestellung und dem zu untersuchendem Gebiet ab. Sie beträgt zwischen zehn und 30  
**Minuten**. Im Hintergrund befindet sich das CT-Gerät. Auf den Monitoren können die CT-Schn

En las concordancias se detecta cierta variación que se traduce en el uso de los verbos *dauern* y *erfolgen in / innerhalb*, por una parte, y el de dos combinaciones fraseológicas consistiendo en sustantivo más verbo funcional: *Untersuchungsdauer + betragen*, *Untersuchungszeit + betragen*, siendo más frecuente la primera opción: *dauern*. Los resultados que siguen reflejan los co-textos más significativos extraídos del corpus:

**Dauer**

- Die Untersuchung **dauert** etwa fünf bis 15 Minuten oder auch etwas länger.
- **Eine komplette Untersuchung dauert** zwischen 15 und 45 Minuten.
- Die Untersuchung an sich **dauert** nur wenige Minuten.
- Eine gut durchgeführte Gastroskopie **erfolgt** in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser Sedierung (Dormicum), **innerhalb weniger** Minuten.
- **Die reine Untersuchungszeit beträgt** bei neueren Geräten nur wenige Minuten.
- **Die Untersuchungsdauer** hängt stark von der zu untersuchenden Region ab, **beträgt im Durchschnitt** aber 30 Minuten.
- **Die Untersuchungsdauer beträgt zwischen** zehn und 30 Minuten.

Tabla 5.11: Resultados de *Dauer* en el corpus para el paciente.

Con el penúltimo factor pragmático (*zuverlässig*) también se nos permite localizar datos interesantes en el corpus; pudimos unir dos listas de concordancias, una de la búsqueda de *zuverlässig* y otra de la de *sicher*. En varios textos se hace alusión a la fiabilidad de

un determinado método diagnóstico, en tres a la de una prueba endoscópica, tal como se puede apreciar a continuación:

*zuverlässig\**

8 Cholangio-Pankreatikographie) Die Gallenblase sowie die Bauchspeicheldrüse können mit dieser kombinierten Untersuchung aus Endoskopie und Röntgenuntersuchung ebenfalls **zuverlässig** untersucht werden. Die Luftröhre mit ihren Aufzweigungen kann ebenfalls endoskopisch untersucht werden, man spricht dann von einer Bronchoskopie. Retrograd, d.h. ü 9 tertomografie geben Aufschluss über die Ausdehnung des Tumors oder auf Metastasen. Diagnostizieren lässt sich das Karzinom jedoch nur, wenn man Krebszellen findet. Die **zuverlässigsten** Ergebnisse erzielt dabei die Bronchoskopie, bei der die Atemwege mittels eines biegsamen optischen Systems ausgeleuchtet werden. Pro Jahr erkra

*sicher\* + untersuchung\**

1 nhinterwand vorgenommen, um den Würgereflex auszuschalten. Im übrigen ist das Verfahren schmerzlos, kurz und wenig belastend. Die Lupenlaryngoskopie stellt die **sicherste** einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann. Sie hat sich in hervorragender Weise bei Reihenuntersuchungen zur Vorsorge und Früh

Gracias a las concordancias extraídas, podemos presentar la siguiente lista de manifestaciones lingüísticas para un lenguaje controlado en relación con *zuverlässig* y *sicher*:

**zuverlässig**  
**sicher**

- Dieses Untersuchungsverfahren hat den Vorteil, daß es vergleichbar **zuverlässig** wie die anderen bildgebenden Verfahren ... ist.
- Die Gallenblase sowie die Bauchspeicheldrüse können mit dieser kombinierten Untersuchung aus Endoskopie und Röntgenuntersuchung ebenfalls **zuverlässig** untersucht werden.
- Die **zuverlässigsten Ergebnisse** erzielt dabei die Bronchoskopie, bei der die Atemwege mittels eines biegsamen optischen Systems ausgeleuchtet werden.
- Die Lupenlaryngoskopie stellt die **sicherste einfache Untersuchungsmethode** dar, die durchgeführt werden kann.
- Die MRT ist eine äußerst**sichere Untersuchungsmethode**.
- Eine **sichere Diagnose** von Prostatakrebs ist nur mit Hilfe der Prostatabiopsie möglich.
- Bei der Kernspin-Tomographie handelt sich um eine **sehr sichere Untersuchungsmethode**.

Tabla 5.12: Resultados de *zuverlässig* / *sicher* en el corpus para el paciente.

Las últimas búsquedas realizadas en el corpus para el paciente de lengua alemana tratan de conceptos que representan alguna condición específica en relación con un procedimiento diagnóstico determinado (*Vorbereitung*), como puedan ser el seguimiento de una dieta, la obligación de tomar un purgante o de estar en ayunas para

la realización de una prueba. Hemos extraído las siguientes líneas de concordancia de los términos *vorbereit\**, *beacht\**, *nüchtern* y *Abführmittel / abführen*:

*vorbereit\**

3 orgestellt Wie bereitet man sich auf eine MR-Untersuchung vor? Es ist keine spezielle **Vorbereitung** erforderlich. Allerdings sollten Sie bequeme Kleidung tragen - ohne Knöpfe ode

*beacht\**

9 üssen oder bei wiederholtem Pneumothorax. Was ist im Vorfeld einer Thorakoskopie zu **beachten**? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemei  
13 ckdam, die Koloskopie, durchgeführt werden. Was ist im Vorfeld einer Rektoskopie zu **beachten**? Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf  
22 ese Untersuchung retrograde Urographie. Was ist im Vorfeld einer Blasenspiegelung zu **beachten**? Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung nüchtern erscheinen, er darf also einige

*nüchtern*

3 hung das Blutbild, die Gerinnung und die verschiedenen Enzyme. Zur Thorakoskopie muss der Patient **nüchtern** erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trin  
5 Der Patient sollte einige Zeit vor der Untersuchung Mittel gegen Blähungen erhalten und möglichst **nüchtern** sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts essen oder trinken  
7 as ist vor einer Biopsie-Entnahme zu beachten? Zu Organpunktionen im Bauchbereich muss der Patient **nüchtern** sein. Das bedeutet, dass er einige Stunden vorher weder etwas esse  
10 beachten? Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung **nüchtern** erscheinen, er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken.

*abführ\**

2 ld der Koloskopie zu beachten? Vor der Koloskopie wird der Darm des Patienten durch **abführende** Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein  
3 rende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein **Abführmittel** ein. Anschließend soll er viel Flüssigkeit trinken. Am Morgen der Untersuchung

Estas líneas nos permiten ofrecer el siguiente vocabulario controlado que se utilizará en el caso de que sea necesario indicar alguna condición o preparación previa a una técnica de diagnóstico determinada:

**Vorbereitung  
/ beachten**

- Es ist keine **spezielle Vorbereitung** erforderlich.
- Was ist im Vorfeld einer Rektoskopie zu **beachten**? Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf gereinigt.
- Was ist im Vorfeld einer Blasenspiegelung zu **beachten**? Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung nüchtern erscheinen.

Tabla 5.13: Resultados de *Vorbereitung* y *beachten* en el corpus para el paciente.

**nüchtern  
/ Abführ-  
mittel**

- Zur Thorakoskopie muss der Patient **nüchtern** erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken.
- Der Patient sollte einige Zeit vor der Untersuchung Mittel gegen Blähungen erhalten und möglichst **nüchtern** sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts essen oder trinken.
- Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung **nüchtern** erscheinen, er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken.
- Vor der Koloskopie wird der Darm des Patienten durch **abführende Maßnahmen** gereinigt.
- **So** nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein **Abführmittel** ein. Anschließend soll er viel Flüssigkeit trinken.

Tabla 5.14: Resultados de *nüchtern* y *Abführmittel / abführen* en el corpus para el paciente.

Siguiendo las búsquedas realizadas en base a la lista de términos presentada al principio de este apartado, hemos conseguido extraer una serie de líneas de concordancias de nuestro corpus, que nos sirven para la elaboración de un lenguaje controlado. Dicho lenguaje que aparece a continuación de cada una de las listas de concordancias, constituye, en consonancia con lo que hemos apuntado al comienzo de este capítulo, el primer pilar mediante el que pretendemos conseguir dos objetivos prácticos que mostramos a continuación y que se desarrollarán en el capítulo 6.

En relación con la elaboración de la definición variable:

- (a) La utilización, dentro de lo posible, de este lenguaje controlado como metalenguaje – unidades nominales, verbales, adjetivales – en la definición construida para el paciente en lengua alemana.
- (b) La complementación de la definición de cada uno de los métodos de diagnóstico, añadiendo los respectivos factores pragmáticos analizados en este capítulo.

En relación con la elaboración de un metalenguaje que le sirva al traductor, redactor técnico, etc. como herramienta para la construcción de diferentes tipos de texto en lengua alemana:

- (a) El lenguaje encontrado en las concordancias se pasará a un metalenguaje para no expertos en alemán, que esté, en primer lugar, controlado en el sentido de que refleje el lenguaje que se usa realmente en los textos escritos por especialistas para no especialistas, y, en segundo lugar, clasificado, dentro de lo posible, según el nivel de abstracción de cada una de las variantes encontradas.

En el siguiente apartado pasaremos a ofrecer los resultados de los análisis basados en el corpus compuesto por los textos en lengua española dirigidos a no especialistas.

### **5.3 El lenguaje de la definición en español destinada al receptor no experto**

A lo largo de los análisis del corpus con vistas a la elaboración de las definiciones se pudo observar que los textos en lengua española no ofrecen la variación terminológica que se encuentra en los textos alemanes; su condición de lengua latina impide que tenga acceso al gran número de variantes de las que dispone la lengua alemana. Aún así se observa cierta variación en nuestro corpus, sobre todo en cuanto a la utilización del lenguaje especializado en dichos textos médicos, destacando el caso de los verbos como el más sorprendente dado que es ahí donde se encuentra más variación, tal y como veremos más adelante.

En los siguientes dos apartados, mostraremos la forma en que podemos aprovechar el corpus español para la elaboración del lenguaje controlado de la definición pragmática. En primer lugar y siguiendo el mismo procedimiento anterior, analizaremos la unidad terminológica y sus variantes, por una parte, para continuar con la información pragmática que hemos de incluir en la definición. Los análisis se desarrollarán de forma similar a los que hemos realizado en cuanto al corpus dirigido al lector alemán (apartado 5.2.1 y 5.2.2). En primer lugar, describiremos las búsquedas en torno a los conceptos que componen la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO y los resultados de dichas búsquedas en forma de concordancias y el lenguaje controlado extraído de ellas, con el objetivo de averiguar si se da algún tipo de variación, al igual que ocurre en el corpus alemán. En segundo lugar, procederemos a la extracción de concordancias mediante una serie de términos que codifican información que le pueda interesar especialmente al paciente. Se presentarán tablas en las que se

reflejarán los resultados en relación con el lenguaje controlado extraído de las concordancias correspondientes.

### 5.3.1 La variación terminológica

En las concordancias sacadas del corpus de textos dirigidos al paciente o familiar de lengua española principalmente se observan dos fenómenos:

- 1) En cuanto a las unidades terminológicas que representan el mapa conceptual de la categoría *endoscopia*, éstas suelen aparecer acompañadas por algún tipo de explicación o aclaración para que el lector no experto pueda entender el mensaje.
- 2) Algunos procedimientos diagnósticos que aparecen como procesos vinculados a los distintos métodos endoscópicos presentan cierta variación terminológica.

A continuación vamos a mostrar tres ejemplos sacados de algunas de las listas de concordancias (apéndice II) donde se aprecia claramente la intención de ofrecer al lector un texto comprensible gracias a ciertas explicaciones. Se trata de las unidades terminológicas *laringoscopia*, *gastroscopia* y *laparoscopia* para cada una de las que hemos elegido un ejemplo:

*laringoscopia\**

2 DIAGNÓSTICO El especialista deslizará por la garganta un tubo que tiene una luz especial en un extremo y observará la laringe (**laringoscopia**). Si se encuentra tejido anormal, tendrá que extraer un pedazo (biopsia) y observarlo a través del microscopio con

*gastroscopia\**

2 dentro del estómago con un tubo delgado iluminado que se llama un gastroscopio. Este procedimiento, conocido con el nombre de **gastroscopia**, detecta la mayoría de los cánceres del estómago. Para efectuar este examen, se introduce el gastroscopio por la boca y se dirige ha

*laparoscopia\**

1 en determinadas situaciones, para evitar intervenciones innecesarias, se puede plantear realizar una **laparoscopia** diagnóstica. Esta exploración consiste en la visión directa de la cavidad abdominal mediante la introducción de

En prevención de que el paciente no conozca el tipo de prueba diagnóstica a la que va a ser sometido, se le facilita en cada texto una descripción más o menos detallada de la intervención en cuestión.

El primero de los tres términos – el de *laringoscopia* – nos sirve al mismo tiempo de ejemplo para la variación terminológica. El lector aprende en qué circunstancias (*si se encuentra tejido anormal*) y con qué objetivo (*observarlo a través del microscopio*) se realiza una biopsia. Podemos observar que, en el caso de querer evitar el tecnicismo *biopsia*, es posible hablar también de la *extracción de un pedazo de tejido*. De nuevo podemos observar cómo la búsqueda general nos va llevando a una búsqueda particular, tal como ha ocurrido durante el análisis del corpus alemán (apartado 5.2.2). En este sentido, el siguiente paso consiste en la introducción del término *tejido* en *WordSmith Tools*; en las concordancias que nos facilita el corpus se encuentra una serie de términos complejos utilizados por los autores como variantes de *biopsia*:

1 poder mirar dentro de la uretra. Si el médico encuentra células anormales u otros signos de enfermedad, es posible que **corte una muestra pequeña de tejido** (procedimiento conocido como biopsia) para observarla a través del microscopio en busca de células cancerosas. Las pos  
16 on más exactitud acceder al tejido del pulmón que se ve dañado así como el lugar exacto en el que realizar la **toma de una muestra del tejido**. Evidentemente no está exenta de complicaciones pero la naturaleza del cáncer y su posible tratamiento y curación en estadios pr  
3 domen y observar cuidadosamente todos los órganos para determinar si éstos contienen cáncer. Además, el médico **cortará pedazos pequeños de tejido** (en un procedimiento denominado biopsia) para examinarlos a través del microscopio con el fin de determinar la pres  
1 ambién palpará el cuello para detectar protuberancias. Si encuentra algún tejido anormal, el médico tendrá que **cortar un trozo pequeño de tejido** y examinarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se  
2 del cuello uterino se expande con un instrumento en forma de cuchara y las paredes del útero se raspan suavemente para **extraer un trozo de tejido**. Este tejido luego se examina para detectar células cancerosas. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y selección de tratam  
4 o) y la vagina. 2. CON QUÉ MÉTODOS SE PUEDE DIAGNOSTICAR: •Citología (Papanicolau) y biopsias (**toma de un trozo de tejido**). Las citologías deben ser anuales desde el inicio de las relaciones sexuales, y consisten en la toma de las células de la superficie  
1 microscópico y biológico. Esta circunstancia obliga con frecuencia a la necesidad de practicar una biopsia, es decir, **extirpar parte del tejido** mamario en el que se asienta la alteración, para después ser analizada en el micr

Las líneas de concordancias que acabamos de mostrar constituyen las más significativas de la totalidad de aquellas que presentan variantes del término *biopsia* (apéndice II). En la mayoría de los casos, las variantes aparecen conjuntamente con el término *biopsia* asegurándose así la comprensión del texto por los lectores no especializados en la materia.

Un concepto clave, por ser el hiperónimo o archilexema de nuestro ámbito de especialidad y que presenta también variación terminológica es *procedimiento diagnóstico*. En los ejemplos de concordancias que siguen se muestran algunas de las variantes encontradas en el corpus:



3 aspecto blanco y se siente áspera. Si se tienen síntomas, el médico puede realizar ciertas **pruebas para determinar si existe cáncer**. Por lo general, estas pruebas comienzan con un ex  
3 rior desconocido. Por lo general, una vez el cáncer ha sido diagnosticado, se realizan más **pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado** a otras partes del cuer  
4 gimen especial los días previos a la recogida de la muestra. La colonoscopia es la mejor **prueba para diagnosticar cáncer** de colon pero tiene muchos inconvenientes para llevarla a c  
2 saliva, alteraciones de la voz, pérdida de peso, etc. 4 ¿Cómo se diagnostica? El principal **método de diagnóstico** es la esofagoscopia. Por un lado, esta exploración dará imágenes direct  
1 dos. Un tumor en un testículo es casi siempre maligno (cancerígeno), pero se requiere el **examen de un médico para determinar o asegurar que el tumor es tal**. Otros problemas qu  
2 decisiones del tratamiento, es posible que se requiera que el paciente se someta a varios **exámenes de diagnóstico**, como muestras de tejidos, rayos x's, imágenes de resonancia magnét

Aunque las unidades terminológicas que utilizan los autores para hablar de algún procedimiento diagnóstico parezcan ser muy similares entre sí, también podemos observar que éstas codifican grados de abstracción o dificultad que habría que reflejar, de alguna forma, en el lenguaje controlado. En la primera concordancia, el autor se acerca más al usuario / paciente que en ninguna otra concordancia, ya que el lenguaje que utiliza presenta un grado mínimo de dificultad: *“el médico puede realizar ciertas pruebas para determinar se existe cáncer”*. La penúltima es muy parecida, siendo las demás menos explícitas y, por tanto, más abstractas que las dos que acabamos de mencionar. De todas ellas, habría que excluir la segunda concordancia (*pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo*) ya que constituye una combinación terminológica (apartado 5.2) que sirve de variante para *procedimiento para diagnosticar metástasis*. Aún así se aprecia que el autor consigue acercarse de forma óptima al usuario lego.

Podemos observar que en los textos dirigidos a pacientes y demás lectores no expertos los autores siempre aprovechan las variantes, que frecuentemente son combinaciones terminológicas, o incluyen paráfrasis para explicar cada técnica de diagnóstico. De esta forma, los mismos textos nos abren el camino hacia la construcción de un lenguaje pragmático controlado ya que ofrecen las estructuras adecuadas para transmitir conocimiento experto a lectores no expertos. Acabamos de ver que las estructuras son adecuadas en el sentido de que codifican un grado mínimo de dificultad, incluso un abanico de diferentes niveles o escalas de dificultad, pero siempre dentro de los niveles bajos de abstracción (Arntz 1993, 1994, 1996, Arntz & Picht 1989). Parece evidente que no podemos ofrecer definiciones de todas las variantes que descubramos a lo largo de los análisis del corpus; sin embargo, podríamos crear un documento accesible en forma

de página *web* al que puedan recurrir el traductor, redactor técnico, etc. para elegir los términos o combinaciones terminológicas que necesiten para la construcción de un determinado texto. Se trataría de listas de concordancias ordenadas, dentro de lo posible, según los grados de dificultad. De este modo, el usuario no solamente dispondría de una fuente de lenguaje controlado, sino también de información respecto al uso de dicho lenguaje, ya que el grado de abstracción codificado en las unidades terminológicas va estrechamente unido al tipo textual (cap. 4). De hecho, ya existe el acceso a listas de concordancias en la base de datos terminológica de *OncoTerm* (figura 5.2) donde los términos van acompañados de las concordancias más relevantes extraídas de los *corpora*.

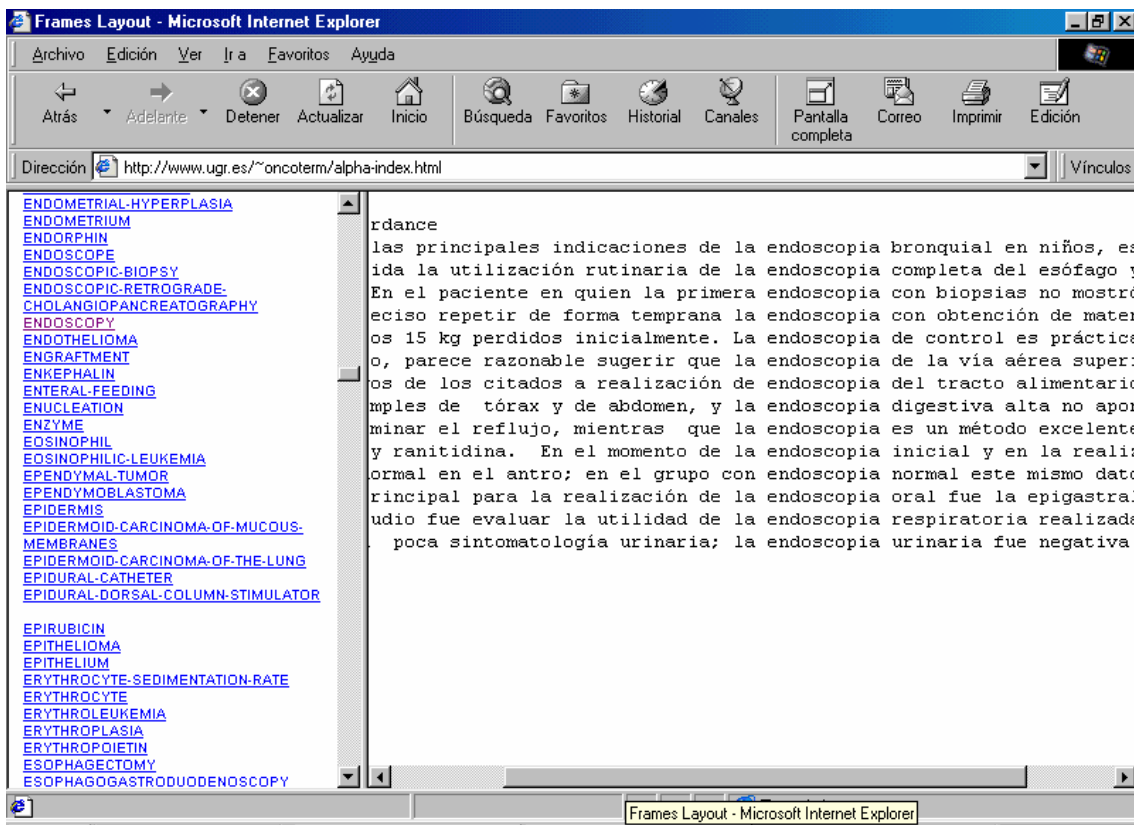


Fig. 5.2: Captura de pantalla de las líneas de concordancia de *endoscopia* en la página *web* de ONCOTERM.

La preocupación por parte de los autores de los textos dirigidos a receptores no especializados como, por ejemplo, los pacientes, que consiste en elegir el lenguaje adecuado para este tipo receptor nos lleva a otra estrategia empleada con el fin de hacer

llegar el mensaje de forma deseada, es decir, la inclusión o codificación de una serie de informaciones pragmáticas como veremos en el siguiente apartado.

### 5.3.2 El lenguaje pragmático controlado

Este apartado trata de los resultados encontrados en los *corpora* de lengua española; los análisis realizados se basan en las demandas reales de los lectores reflejadas en las preguntas planteadas con anterioridad (apartado 5.2.2). Como ya hemos apuntado en relación con el análisis del corpus alemán, las preocupaciones o necesidades del usuario en tanto que paciente o familiar se fundamentan en los datos recabados en diferentes páginas *web* tales como la de *Deutsche Krebshilfe*<sup>51</sup>, *World Wide Hospital*<sup>52</sup> o *TUOTROMEDICO*<sup>53</sup> así como los propios textos de los *corpora* en las dos lenguas. Dichas informaciones se han completado gracias a las consultas realizadas tanto al especialista de lengua española como de lengua alemana, coincidiendo ambos en los datos que consideren de interés para estos grupos de receptores. Las preguntas hipotéticas planteadas por ellos codifican determinados factores pragmáticos que aparecen a continuación:

En lengua alemana	En lengua española
örtliche Betäubung / Vollnarkose	anestesia local / anestesia general
Risiko / Gefahr	riesgo / peligro
Unannehmlichkeiten	molestias
Schmerzen	dolor
Dauer	duración
Zuverlässigkeit der Untersuchung	fiabilidad de la prueba

Tabla 5.15: Factores pragmáticos propios de la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

En cuanto a los análisis del corpus español se repite el hecho ya observado durante el estudio del corpus en lengua alemana, a saber, la necesidad de incluir otra búsqueda más a parte de la de *anestesia*, es decir, *sedación*, y determinados conceptos que representen las condiciones específicas de algunas pruebas diagnósticas tales como la administración de un purgante, la necesidad de seguir una dieta o estar en ayunas. A continuación, se muestra

<sup>51</sup> <http://www.krebshilfe.de/>

<sup>52</sup> <http://www.worldwidehospital.com/>

la lista de los conceptos objeto de búsqueda, tal y como aparece al comienzo del apartado 5.2.2.

En lengua alemana	En lengua española
ANÄSTHESIE	ANESTESIA
NARKOSE	
SEDIERUNG	SEDACIÓN
RISIKO	RIESGO
GEFAHR	PELIGRO
UNANNEHMLICHKEIT	MOLESTIA
SCHMERZ	DOLOR
DAUER	DURACIÓN
ZUVERLÄSSIG	FIABILIDAD
VORBEREITUNG	PREPARACIÓN

Tabla 5.16: Términos buscados con *Wordsmith Tools* en el corpus para el paciente.

Comenzamos las búsquedas con el primer término que aparece en la parte española de la lista, *anestesia*. Las trece concordancias encontradas (apéndice VI) contienen unidades terminológicas que representan tres tipos diferentes de anestesia:

- ✚ la anestesia general,
- ✚ la anestesia local y
- ✚ la sedación

También resalta la existencia de variantes que se traduce en la elección de un determinado verbo (unidades terminológicas verbales) que, como hemos apuntado con anterioridad (apartado 5.2.), nos interesa en relación con la elaboración del lenguaje controlado al formar parte de la terminología. Además, destaca la utilización de explicaciones por parte de los autores con el fin de hacer más transparente el contenido del mensaje. Se aprecia que generalmente, bien el término o bien la explicación se

---

<sup>53</sup> <http://www.tuotromedico.com/>

encuentran entre paréntesis. A continuación, se muestran los resultados más importantes:

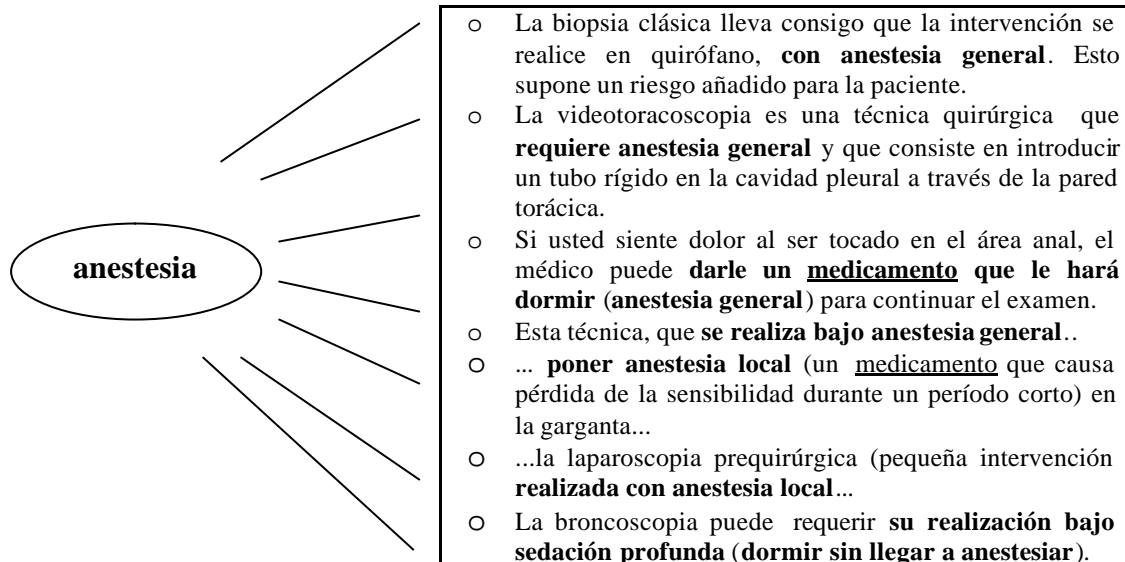


Tabla 5.17: Resultados de *anestesia* en el corpus para el paciente.

Se observa que tanto para realizar una anestesia general como una local se puede administrar un medicamento (este término aparece subrayado en las concordancias). Pero aún no se sabe si la *sedación* también puede conllevar la administración de algún medicamento. Por lo tanto, seguimos la búsqueda introduciendo los términos *sedación*, *sedante*, *dormir* y también *medicamento* con la intención de descubrir qué tipo concreto de anestesia se realiza a través de la administración de algún medicamento.

*sedación*

- 1 ún lejana. La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza **sedación** intravenosa. Hace falta una preparación del intestino buena, lo que co
- 2 Durante la cistoscopia se rellena la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo **sedación** profunda (dormir sin llegar a anestesiarse). EN QUÉ CONSISTE LA E

*sedante\**

- 1 AL IRSE A HACER LA PRUEBA Puede ser necesario, en los aparatos más antiguos (cerrados), algún **sedante**, ya que el espacio es muy limitado. EN QUÉ CONSISTE LA EXPL

*dormir*

- 1 rocedimiento llamado biopsia) y observarlo bajo el microscopio. A la pacientese le dará algún medicamento para **dormir** el área durante la biopsia. Puede que sienta algo de presión, p
- 2 tiene sangre. Si usted siente dolor al ser tocado en el área anal, el médico puede darle un medicamento que le hará **dormir** (anestesia general) para continuar el examen. El médico podr

3 stoscopia se rellena la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (**dormir** sin llegar a anestésiar). EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORA *anestésico + medicamento*

2 llamada toracoscopia, por lo general se lleva a cabo en un hospital. Antes de la prueba, se le administrará un **anestésico local** (un **medicamento** que causa pérdida de sensibilidad dur

Conseguimos una serie de datos importantes pero no suficientes a la hora de completar las definiciones y que tendrán que ser ampliados con la ayuda del especialista. En las concordancias del corpus aparece codificado que

- ✚ existe sedación intravenosa y sedación mediante la administración de algún medicamento,
- ✚ que la sedación es *dormir sin llegar a anestésiar*,
- ✚ que con un medicamento se puede *dormir* una zona del cuerpo (*anestesia local*) o el cuerpo entero (*anestesia general*),
- ✚ que el medicamento para realizar una anestesia local se llama *anestésico local*.

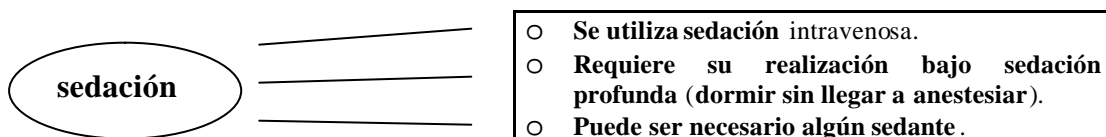


Tabla 5.18: Resultados de *sedación* en el corpus para el paciente.

El siguiente elemento pragmático lo constituye el factor de *riesgo* que conllevan los distintos métodos de diagnóstico y en particular un proceso vinculado a un gran número de ellos: la anestesia general. Veamos las concordancias más relevantes encontradas en nuestro corpus:

*riesgo\* + paciente\**

1 La biopsia clásica lleva consigo que la intervención se realice en quirófano, con anestesia general. Esto supone un **riesgo** añadido para la paciente. Por esta razón, en un intento

*riesgo\* + explora\**

1 inyección de contraste puede provocar una sensación de calor sin mayor importancia. Algunas exploraciones conllevan un **riesgo** pequeño pero real de provocar cuadros agudos, co

*riesgo\* + implica\**

1 a, la razón de esta contundente afirmación proviene de que los beneficios de esta prueba rutinaria superan con creces los **riesgos** que implica la aplicación de la técnica. Es decir, el peli

*riesgo*\* + *supone*\*

3 al demostrar algunas lesiones mucho antes que otros medios. A su vez, las dos mayores desventajas estriban en el pequeño **riesgo** que supone la introducción en el organismo de subst

Se puede observar que las concordancias donde se menciona el riesgo en relación con algún método de diagnóstico no son numerosas, por lo que la oferta en cuanto al lenguaje controlado tampoco es muy amplia. También parece obvia la necesidad de proceder lo antes posible a una ampliación y complementación de un gran número de páginas *web* y demás tipos textuales dirigidos al público lego.

**riesgo**

- La anestesia general **supone un riesgo añadido** para la paciente.
- ... lo que **no supone un riesgo** para las mujeres que se someten precozmente a las pruebas.
- La exploración **conlleva un riesgo** pequeño pero real de provocar ...
- ... los **riesgos que implica** la aplicación de la técnica.

Tabla 5.19: Resultados de *riesgo* en el corpus para el paciente.

Para encontrar información más concreta y detallada en relación con *riesgo*, de nuevo resulta necesario recurrir a la ayuda del especialista. Por otra parte, esperamos poder completar dichos datos pragmáticos gracias a la siguiente búsqueda de la lista presentada al principio de este apartado, que consiste en el término *peligro*, siendo éste un concepto muy cercano a *riesgo* desde el punto de vista semántico.

Tras introducir en *Concord de Wordsmith Tools* las búsquedas de *peligro*\*, *peligro*\* + *explora*\*, *peligro*\* + *intervención*, *peligro*\* + *supone* y *peligro*\* + *implica*\* se consiguieron algunos resultados positivos.

**peligro**

- Si se mueve el ojo puede deslumbrarse, **situación molesta pero en ningún caso peligrosa.**
- Si el tumor es grande, difuso, o está localizado en una zona que **hace muy peligrosa la intervención...**
- ¿Qué **peligro suponen** las radiaciones?

Tabla 5.20: Resultados de *peligro* en el corpus para el paciente.

El escaso número de resultados nos muestra que en los textos para pacientes y otros lectores legos aún no figura este factor pragmático aunque parezca evidente que para este grupo de usuarios es muy importante recabar datos al respecto. Otro aspecto que quizás explique hasta cierto punto este vacío informativo puede ser que *peligro* es una palabra muy fuerte desde el punto de vista psicológico y por eso algunos autores no quieren utilizarla (aunque en el corpus alemán sí aparece con cierta frecuencia lo que indica que en este factor pragmático existe una diferencia entre los dos modelos culturales).<sup>54</sup>

Algo parecido ocurre con el factor pragmático *molestia*. Pocos textos codifican datos en relación con la demanda real de los pacientes en cuanto a la pregunta de si van a sentir alguna molestia durante o después de la intervención en cuestión. De nuevo, aparece en dos de las concordancias la sedación como remedio contra posibles molestias. Veamos las líneas de concordancias más relevantes:

1 colon que la mamografía para el de mama, la posibilidad de generalizar este chequeo es  
aún lejana. La prueba es **molesta**, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella  
se utiliza sedación intravenosa. Hace falta una preparación del intestino buena, lo que conlleva  
2 que este procedimiento es útil, un análisis de orina obviaría muchas de las cistoscopias  
-una prueba invasiva y **molesta**- que ahora se realizan, bien para hacer un primer diagnóstico d  
8 po son casi similares a las que ve el especialista a través de la óptica de un endoscopio  
clásico. Sin embargo, las **molestias** que el enfermo refiere son mucho menores. Lo que sí es ne  
11 colangiografías no orales, la úterosalingografía y la cistografía) se suele sedar al  
paciente para reducir las **molestias**. PROBLEMAS La inyección de contraste puede provocar  
12 ación al peritoneo desde las trompas). Estas últimas pueden provocar, por la citada  
extravasación, cuadros de **molestias** abdominales durante unos días. CUÁNTO DURA Según  
1 sis que es falso positivo conduce muchas veces a una biopsia negativa. La punción de la  
próstata es una prueba **desagradable** que puede producir como complicación hemorragias e  
infecciones.

Para poder acceder a más concordancias hemos procedido a una ampliación añadiendo las búsquedas de *molest\** y *\*agradable\**. De esta forma, llegamos a la siguiente tabla de lenguaje controlado:

---

<sup>54</sup> De hecho, esta suposición se ve reforzada por la definición que encontramos en el *Diccionario de la Real Academia Española*, según la que *peligro* es un “riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal” o un “lugar, paso, obstáculo o situación en que aumenta la inminencia del daño”. En el diccionario bilingüe *Langenscheidts Handwörterbuch Spanisch* aparece junto a la entrada *peligro* el sintagma *peligro de muerte*.





- **La prueba** [colonoscopia] **es molesta**, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.
- ... cistoscopias –**una prueba invasiva y molesta**- ...
- **las molestias** que el enfermo refiere **son mucho menores** que ...
- **Se suele sedar al paciente para reducir las molestias.**
- Esta prueba puede **provocar cuadros de molestias abdominales** durante unos días.
- La punción de la próstata **es una prueba desagradable que puede producir como complicación** hemorragias e infecciones.

Tabla 5.21: Resultados de *molestia + molesto + in/soportable* en el corpus para el paciente.

De estas concordancias, las dos primeras se refieren directamente a posibles molestias durante una determinada endoscopia, es decir, una *colonoscopia* y una *cistoscopia* respectivamente. Los demás resultados transmiten este tipo de información pragmática en relación con algún otro método de diagnóstico como por ejemplo la cistografía o la punción de próstata. Por otra parte, se observa que, para minimizar las molestias causadas por la intervención, se puede sedar al paciente.

Nos preguntamos si con el factor *dolor*, al codificar un tipo de información similar al anterior (*molestia*), ocurre lo mismo, es decir, la vinculación de la presencia o no de dolor a la administración de alguna forma de anestesia. La información pertinente se refleja en las siguientes concordancias seleccionadas entre todas las que se basan en las búsquedas de *dolor\* + prueba\**, *dolor\* + exam\** y *dolor\* + sient\**:

- 1 iopsia) y observarlo bajo el microscopio. A la paciente se le dará algún medicamento para dormir el área durante la biopsia. Puede que sienta algo de presión, pero por lo general no **sientirá dolor**. Esta prueba a menudo se lleva a cabo en un consultorio médico. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la elección de tratamiento dependerán de la etapa en que se enc
- 2 ca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local (una sustancia que causa adormecimiento temporal) en la garganta para que no **sienta dolor**. Esta prueba se lleva a cabo por lo general en un consultorio médico. Si el médico observa tejido que parece anormal, le extraerá un pedazo pequeño de tejido para poder observa
- 2 anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta o administrar otra medicina para relajarle antes del examen para que no **sienta dolor**. Si el médico observa tejido anormal, quizás tenga que extraer un pedazo pequeño para observarlo en el microscopio con el fin de determinar si hay células cancerosas. Este proce
- 4 ia por aspiración. El médico examinará el tejido con el microscopio en busca de células cancerosas. Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que

**sienta dolor.** La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la opción de tratamiento dependerán de la etapa en que se encuentre el cáncer (si se encuentra en el pulmón o si se ha dividido en células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no **sienta dolor.** El médico también palpará la garganta en busca de protuberancias. Sus posibilidades de recuperación (pronóstico) dependerán de si el cáncer se encuentra en los labios. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la esofagoscopia mientras aún se está bajo los efectos de la anestesia, de tal manera que Ud. no **sienta dolor.** Algunas veces la biopsia indica variaciones en el esófago que no son necesariamente cáncer pero que pueden conllevar a éste. La probabilidad de recuperación (pron

Se observa que el único verbo que se utiliza en combinación con el término *dolor* es el verbo *sentir* (no aparece ni una sola vez *experimentar*) lo que explica, al mismo tiempo, la poca variabilidad en cuanto al lenguaje disponible para la construcción de las definiciones:

**dolor**

- Puede que sienta algo de presión, **pero por lo general no sentirá dolor.**
- Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta **para que no sienta dolor.**
- Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local **para evitar que sienta dolor.**
- A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) **para que no sienta dolor.**
- Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la esofagoscopia mientras aún se está bajo los efectos de la anestesia, **de tal manera que Ud. no sienta dolor.**

Tabla 5.22: Resultados de *dolor* en el corpus para el paciente.

En un nivel más general, el resultado que nos parece más interesante de esta tabla sacada de las concordancias seleccionadas con anterioridad es el hecho de que – igual que en el corpus alemán – el factor pragmático *dolor* va unido al factor *anestesia / sedación*. Mediante la administración de una anestesia local se consigue que el paciente prácticamente no sienta dolor.

El siguiente concepto de la lista es *duración* que codifica el tiempo que se necesita para la realización de una determinada técnica de diagnóstico. Dado que las concordancias encontradas a través de la búsqueda de *duración* no se refieren directamente al tiempo que dura la prueba diagnóstica, hemos intentado conseguir datos introduciendo otras búsquedas; las palabras *minutos*, *minutos + prueba*, *minutos + examen* y *hora + media* sí ofrecen resultados en relación con la duración de un procedimiento diagnóstico, aunque no sean muy numerosos. Veamos algunos ejemplos:

N Concordance  
3 onó la realización de la misma. El tiempo que duró la prueba nunca fue superior a los 20 minutos. De todas formas, los resultados son aún muy preliminares, aunque la mayoría de los 9 úmero de cortes, la potencia y capacidad de enfocado del aparato, desde alrededor cinco minutos hasta media hora. AVISE A SU MÉDICO SI Padece problemas musculares que pued 13 cción en sí tardará menos de un minuto, y la exploración con la gammacámara unos diez minutos. AVISE A SU MÉDICO SI Tiene miedo o desconoce la técnica. Precauciones Genéri 14 es eléctricas, por lo que no son de preveer. CUÁNTO DURA Un ECG normal, unos tres minutos. Un ECG por posibles alteraciones del ritmo, unos cinco minutos. Una prueba de esfu 1 un mayor porcentaje de acierto del CBE (69%), un especialista requiere entre cinco y 10 minutos para completar el examen de ambas mammas correctamente. Para que la sensibilidad de

Observamos que se utilizan tres verbos, *durar*, *tardar* y *requerir* en combinación con el espacio de tiempos indicado, en la mayoría de los casos, en minutos. En consonancia con dichas concordancias, la oferta en cuanto al lenguaje controlado resulta ser bastante reducida:

**duración**

- El tiempo que **dura la prueba** nunca es superior a los 20 minutos.
- **La exploración** con la gammacámara **tarda** unos diez minutos.
- **Un especialista requiere** entre cinco y 10 minutos para completar el examen de ambas mammas correctamente.
- Dura desde alrededor de cinco **minutos** hasta media hora.

Tabla 5.23: Resultados de *duración* en el corpus para el paciente.

El penúltimo factor pragmático (*fiabilidad*), en cambio, nos lleva a un número mucho mayor de concordancias que se basan en distintas búsquedas entre las que figuran la de *fiab\**, *segur\* + alternativa*, *segur\* + diagnóstico* y *prueba\* + efica\**, ofreciendo esta última una lista de 22 concordancias. La mayoría de los co-textos activados por dichas palabras clave hace referencia a la eficacia / fiabilidad de un determinado método de diagnóstico, tal como veremos a continuación:

*efica\**

14 les para detectar la presencia de este cáncer es el examen citológico del esputo, pero esta prueba se considera menos eficaz que los rayos X. La verdadera validez de las placas de tórax 15 a una revisión completa del útero durante su examen ginecológico anual. COLON Una prueba eficaz pero dolorosa Todos los años, cerca de 20.000 españoles y españolas lo sufren y 16 dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidoscopia es una prueba eficaz, ya que logra reducir la mortalidad por cáncer de recto y sigma, pero sólo detect 19 rga como HSLI. El último número del JAMA publica un estudio que demuestra que esta prueba de ADN es eficaz a la hora de detectar los casos de HSLI en las pruebas confusas y evi

*fiab\**

2 r el vaciamiento axilar de las pacientes. En el momento actual no existe ninguna prueba **fiable**, ni palpación ni mamografía ni otro tipo de examen, que pueda predecir cómo están los g

La lista de resultados que sirve de base para la elaboración de un lenguaje controlado no ofrece casi variación a pesar del relativamente gran número de concordancias, ya que muchas de ellas son prácticamente idénticas.



- Esta prueba **se considera menos eficaz que** los rayos X.
- Es una **prueba eficaz** pero dolorosa
- La recto-sigmoidoscopia **es una prueba eficaz**, ya que logra reducir la mortalidad por cáncer de recto y sigma.
- Se ha demostrado que esta **prueba** de ADN es **eficaz** a la hora de detectar los casos de ...
- En el momento actual **no existe ninguna prueba fiable**, ni palpación ni mamografía ni otro tipo de examen ...

Tabla 5.24: Resultados de *eficaz* / *fiable* en el corpus para el paciente.

Antes de concluir los análisis en torno a los posibles datos que tengan cierta relevancia para el usuario lego de la definición, nos encontramos con el grupo de conceptos que representan condiciones específicas de algunos métodos de diagnóstico, que aparecen en el corpus con la denominación de *preparación previa*, como veremos a continuación. Con las búsquedas de los términos *preparación*, *ayunas*, *purgar*, *evacuar* y *dieta* se extrajeron los siguientes co-textos<sup>55</sup>:

*preparación*

2 nores. Lo que sí es necesario con la colonoscopia virtual es llevar a cabo una dieta y una **preparación** previa para que el intestino esté también completamente limpio.

10 ante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba. En el resto no suele ser necesaria **preparación** previa. AL IRSE A HACER LA PRUEBA En las relacionadas con las vías urina  
11 obal y precóz. En estudios funcionales renales y hepáticos. Cómo se hace la exploración  
**PREPARACIÓN PREVIA** Normalmente no es necesaria ninguna preparación previa. El emb

*ayun\**

1 ilando medicamentos. **PREPARACIÓN PREVIA** Para la gastroscopia conviene estar en **ayunas**. Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución

<sup>55</sup> Los fragmentos de texto en mayúscula se encuentran así en los originales.

*purga\**

1 reparación del intestino buena, lo que conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que **purgarse**. También es necesario un experto entrenado para que la exploración se lleve a cabo c

*evacua\**

3 ración **PREPARACIÓN PREVIA** No hace falta generalmente la preparación mediante **evacuantes** o enemas de limpieza para las exploraciones digestivas. **AL IRSE A HACER LA P**  
4 riable. En la enema opaca debe seguirse una dieta baja en residuos y tomar una solución **evacuante** para vaciar el intestino grueso antes de la prueba. En el resto no suele ser necesaria  
5 ia. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** En las relacionadas con las vías urinarias bajas se **evacuara** la vejiga. Para la sialografía se masticará algún sialogogo (que provoca la secreción  
6 Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución **evacuante** el día anterior. Para la cistoscopia debe realizarse unos análisis de orina previos par

*dieta+explora\**

1 iente. **PREPARACIÓN PREVIA** Según la región a explorar, puede recomendársele una **dieta** evacuante, o diurética. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Debe quitarse cualquier elem

Estas líneas de concordancias permiten ofrecer la siguiente tabla de vocabulario controlado:

**preparación  
previa**

- Con la colonoscopia virtual es necesario **llevar a cabo una dieta y una preparación previa para que el intestino esté también completamente limpio.**
- Normalmente no es necesaria ninguna preparación previa.
- **PREPARACIÓN PREVIA** Para la gastroscopia **conviene estar en ayunas.**
- La preparación del intestino **conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.**
- **PREPARACIÓN PREVIA** **No hace falta generalmente la preparación mediante evacuantes**
- Se debe tomar una **solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.**
- Para la colonoscopia **deberá seguirse una dieta** pobre en residuos y **tomar una solución evacuante** el día anterior.
- **PREPARACIÓN PREVIA** Según la región a explorar, **puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.**

Tabla 5.25: Resultados de *preparación previa* en el corpus para el paciente.

Tras realizar los análisis de los dos *corpora* (en alemán y español) para receptores no especializados hemos conseguido reunir una serie de datos en relación con la variación terminológica, por una parte, y datos que codifican información pragmática de relevancia para el usuario lego, en especial si se trata de pacientes o familiares de éstos. Quizás haya que resaltar el hecho de que en algunas fases de las búsquedas (por ej. *Narkose* y *biopsia*) la dinámica de las mismas, esto es, las estrategias de búsqueda surgieron de las concordancias extraídas previamente. De este modo, se creó una

especie de cadenas de búsquedas basadas en los textos mismos del corpus. El conjunto de todos los datos recabados nos servirá para la elaboración del lenguaje controlado de la definición dirigida a los usuarios legos, los pacientes y sus familiares que presentaremos en el siguiente capítulo.

De acuerdo con los objetivos prácticos en relación con el análisis del corpus en lengua alemana para el paciente, mencionados al final del apartado 5.2.2, éstos refieren también a los análisis realizados en el presente apartado. Resumiendo, se trata, por tanto, de:

- (a) la utilización del lenguaje controlado como metalenguaje – unidades nominales, verbales, adjetivales – en la definición construida para el paciente en lengua alemana y española;
- (b) la complementación de la definición de cada uno de los métodos de diagnóstico, añadiendo los respectivos factores pragmáticos analizados en este capítulo;
- (c) el lenguaje encontrado en las concordancias se pasará a un metalenguaje para no expertos, que aparezca clasificado, dentro de lo posible, según el nivel de abstracción de cada una de las variantes encontradas (apartado 5.2.2).

Como hemos resaltado al principio de este capítulo (apartado 5.1), a lo largo del análisis de los *corpora* hemos observado que no solamente se codifica información pragmática en los textos para pacientes, sino también en los para médicos y demás profesionales de la salud. En el apartado siguiente, mostraremos los análisis y resultados en relación con el corpus español para profesionales.

#### **5.4. El lenguaje de la definición destinada al receptor experto**

En este apartado nos proponemos detectar qué tipo de información pragmática aparece en los *corpora* alemán y español para receptores expertos y analizarla para poder determinar y decidir su inclusión en la definición como información perteneciente al apartado de los datos pragmáticos, siempre después de consultar la pertinencia de esta posible inclusión con un especialista. Con este paso hacia una ampliación del modelo

inicial, damos cuenta del hecho de que los usuarios especialistas no forman un grupo homogéneo, sino que se componen por varios subgrupos de especialistas. Como vimos en el capítulo 4, los radiólogos en tanto que especialistas en un determinado tipo de diagnóstico transmiten su conocimiento específico a los oncólogos, los especialistas se dirigen a médicos y demás profesionales en formación o a los estudiantes de medicina. Por lo tanto, nos vemos obligados, si no queremos defraudar al usuario potencial de nuestra base de datos terminológica, añadir al modelo base ciertos datos pragmáticos. Partimos, pues, como hemos visto en el apartado 2.4.2, de una estructura con cinco tipos de relaciones:

- ✚ TIPO\_DE: X es un tipo de Y
- ✚ LUGAR: X tiene lugar en ...
- ✚ INSTRUMENTO: en X se utiliza como instrumento ...
- ✚ FUNCIÓN: X tiene la función de ...
- ✚ PROCESO: durante X se puede realizar ...

Si pensamos en un receptor especialista abstracto, no definido con algo de concreción, bastarían incluso los dos primeros tipos de información. En el caso de la CISTOSCOPIA, por ejemplo, un lector no definido obtendría, según este esquema básico, la siguiente información:

(TIPO-DE) endoscopia (LUGAR) de la vejiga urinaria (INSTRUMENTO) por medio de un cistoscopio (FUNCIÓN) para el diagnóstico del carcinoma de la vejiga, (PROCESO) con posibilidad de realizar una biopsia.

Si pensamos, sin embargo, en un médico en formación o incluso en un estudiante de medicina, dichas descripciones básicas son, a todas luces, insuficientes. Muchos de estos posibles receptores, a parte de los estudiantes de medicina, aún no tendrán experiencia en este tipo de intervención con fines diagnósticos. Quizás tengan que recibir informaciones más detalladas tales como datos en relación con el instrumento y el desarrollo de la prueba, así como ser avisados de las complicaciones más frecuentes inherentes a este procedimiento diagnóstico. Las necesidades de dichos usuarios se ven reflejadas en diferentes tipos textuales tales como artículos en revistas médicas dedicadas a la formación de los profesionales de la salud, llamada *educación* o

*formación continuada*<sup>56</sup>. Los libros de textos y manuales que se utilizan durante los estudios de medicina<sup>57</sup> y los de la especialidad a menudo no ofrecen las explicaciones necesarias para el futuro profesional de la medicina por lo que es importante que haya otras fuentes donde recabar más información como pueda ser una base de datos terminológica como la nuestra.

En el caso concreto de la cistoscopia, existe por ejemplo el riesgo de una lesión del paciente durante la intervención. Como veremos más adelante, algunas técnicas de diagnóstico sólo se utilizan en determinadas condiciones, la información en relación con los distintos tipos de anestesia es primordial, ya que de ella también depende el resultado de una intervención, etc.

Las búsquedas realizadas en *Wordsmith Tools* incluyen algunos de los factores pragmáticos que formaban parte del análisis de los *corpora* dirigidos al paciente y otros factores nuevos cuya elección se basa en dos razones:

1. Algunos de los factores pragmáticos han sido detectados previamente en el corpus de forma casual, es decir, a lo largo de la preparación de los textos (eliminación de espacios, imágenes, etc.) para su posterior incorporación en el corpus.
2. Los factores han sido incluidos en la lista de los términos objeto de búsqueda por indicación o consejo del especialista después de haber hecho éste hincapié en el interés de dichos datos tanto para el médico y otros profesionales de la salud en formación como el estudiante de medicina.

Como hemos mencionado antes, incluso los médicos en tanto que profesionales de la salud no suelen disponer siempre de toda la información relevante en torno a una determinada técnica de diagnóstico. Si fuera así, este grupo de receptores no formaría

---

<sup>56</sup> Por ejemplo las revistas electrónicas *Atención Primaria* [[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_info.sobre?pident\\_revista=27](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=27)], *Jano* [[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_info.sobre?pident\\_revista=1](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=1)] o *Semer* [[http://www.medicosderesidencias.com/semer/html/publicaciones/revista\\_semer.htm](http://www.medicosderesidencias.com/semer/html/publicaciones/revista_semer.htm)].

<sup>57</sup> Sirvan de ejemplo los siguientes manuales para estudiantes de medicina accesibles por Internet: *Phatophysiologie der Leber, Institut für Klinische Pharmakologie, Universität Bern* [<http://www.cx.unibe.ch/ikp/lab2/Pp/INDEX.html>]; *Histopathologiekurs des Instituts für Patologie, Universität Basel* [<http://alf3.urz.unibas.ch/hipaku/stud/frame.cfm?l=bs&s=1>]; *Klinikmanual Chirurgie der TU München* [<http://www.klinikmanual.de>].



parte de los diferentes grupos a los que se dirige este tipo de definición variable, la destinada a los profesionales de la salud donde incluimos a los médicos, asistentes, etc. en formación así como los estudiantes de medicina.

En lo que concierne los dos *corpora*, el corpus de lengua alemana y el de lengua española, los términos elegidos para activar las correspondientes búsquedas de los factores pragmáticos en *Search Word or Phrase* de la función *Concordance Settings* de nuestra herramienta de análisis son los siguientes:

- ✚ *Anästhesie* – anestesia local
- ✚ *Narkose* – anestesia general
- ✚ *Sedierung* – sedación
- ✚ *Dauer der Untersuchung* – duración de la intervención
- ✚ *Zuverlässigkeit der Diagnose* – fiabilidad
- ✚ *Komplikationen* – complicaciones durante / después de la intervención
- ✚ *ersetzte Methode* – método sustituido

La mayoría de estos factores – los primero cinco – forman parte de los análisis realizados con los *corpora* dirigidos al receptor lego (apartado 5.2 y 5.3); se incluyen también en la lista de los términos para las búsquedas que realizaremos, a continuación, en el corpus para los profesionales de la salud al aparecer de hecho en dichos textos, como hemos apuntado con anterioridad. Lo mismo ocurre con el penúltimo factor (*complicaciones*) que igualmente se detecta con facilidad en numerosos textos del corpus dirigido a profesionales de la salud.

La selección del último factor (*método sustituido*), sin embargo, surgió sobre todo gracias a los consejos e indicaciones del especialista quien, por una parte, resaltó la importancia de estas informaciones para todos los subgrupos integrados en el de los profesionales de la salud, y, por otra parte, dio el visto bueno al conjunto de los factores seleccionados.

En la siguiente tabla se muestran, de forma contrastiva, los factores pragmáticos que han de tenerse en cuenta para los dos tipos de definición, la destinada al paciente y la definición para el profesional de la salud, respectivamente:

PACIENTE	PROFESIONAL DE LA SALUD
ANESTESIA LOCAL	ANESTESIA LOCAL
ANESTESIA GENERAL	ANESTESIA GENERAL
SEDACIÓN	SEDACIÓN
DURACIÓN	DURACIÓN
FIABILIDAD	FIABILIDAD
RIESGO	COMPLICACIONES
PELIGRO	MÉTODO SUSTITUIDO
MOLESTIA	
DOLOR	
PREPARACIÓN	






Tabla 5.26: Factores pragmáticos para la definición variable (paciente/profesional de la salud).

Del mismo modo que decidimos la inclusión de los factores que aparecen en parte derecha de la tabla, es decir, principalmente por recomendación del experto, éste nos sugirió que los tres últimos factores de la lista para la definición dirigida al paciente (parte izquierda de la tabla) serían de especial interés para este último, pero no tanto para el grupo de los profesionales. De ahí el cambio notable entre las dos listas.

En el siguiente apartado veremos cada uno de los distintos factores pragmáticos seleccionados con vistas a los análisis de nuestro corpus – en este caso el alemán – y las concordancias extraídas del mismo.

#### 5.4.1. El lenguaje de la definición en alemán destinada al receptor experto

Tal como hemos explicado en el apartado anterior, los términos que vamos a analizar gracias a las búsquedas de concordancias son las siguientes:

-  *Anästhesie*
-  *Narkose*
-  *Sedierung*
-  *Dauer der Untersuchung*
-  *Zuverlässigkeit der Diagnose*

🚩 *Komplikationen (während des Eingriffs oder danach)*

🚩 *ersetzte Methode*

Las primeras dos búsquedas nos llevan a las concordancias de los términos *Anästhesie* y *Narkose* (apéndice VII) de las que, a continuación, se muestran las más relevantes:

*\*anästhesie\**

1 chrumpfen. Der Eingriff erfolgt bei vollem Bewusstsein der Patientin, aber unter lokaler  
**Anästhesie** und Verabreichung eines Beruhigungsmittels. Nach einer Embolisation bleibt die P  
5 deckung die Haut bis zum Periost der Spina iliaca posterior superior mit 10 ml Ultracain  
**anästhesiert**. Der Zeitraum bis zur befriedigenden Anästhesie beträgt ca. 5-10 Minuten. Wir v  
3 ird als das Informationsdefizit durch mangelnde morphologische Sicherung. Mittels in  
**Lokalanästhesie** durchgeführter stereotaktischer Biopsie ist aber auch bei Patienten in weniger  
9 beim jungen Säugling auch Tibia-Punktion. Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme unter  
**Lokalanaesthesie**, insbesondere wiederholte Punktionen können bei manchen Kindern Allgem  
4 skopie obligatorisch. Methode der Wahl ist die fiberbronchoskopische Untersuchung in  
**Oberflächenanästhesie** von Rachenraum und Trachea-bronchialsystem. Hierbei lassen sich V

*\*narkose\**

2 hen Untersuchung Bei endozervikalem Prozess durch Kürettage der Zervix (meist ohne  
**Narkose**) ergänzt durch die Kolposkopie der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und r  
3 ynäkologische bimanuelle Untersuchung und damit der Tastbefund - wenn nötig auch in  
**Narkose** - sowie die Spiegeluntersuchung dar. Dabei müssen die Ausdehnung des pathologisch  
6 nge eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in  
**Narkose**, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere  
8 tem, Fisher System). Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen ohne  
**Narkose** entnommen und untersucht werden. Diese Methode wird mit der herkömmlichen Bio  
7 hen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die  
**Narkoseuntersuchung** sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu  
großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.  
9 r Lokalanästhesie, insbesondere wiederholte Punktionen können bei manchen Kindern  
**Allgemeinnarkose** erfordern. Ansonsten entspricht die Durchführung der Punktion, Entnahme  
10 it Tranquilizern ist nur bei äußerst sensiblen Patienten nötig, bei Kindern ist jedoch eine  
**Kurzarkose** in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen. Der Patient wird so gelagert,  
11 CT festlegen) Diagnostische Laparoskopie Die Untersuchung ist invasiv und muß unter  
**Vollarkose** durchgeführt werden. Das Ausspiegeln des Abdomens geschieht über 4 - 5 jeweil

Estas concordancias sirven para presentar, como resultados de las búsquedas, dos listas: una con el vocabulario controlado de *Anästhesie* y otra con el de *Narkose*.

**Anästhesie**

- **Der Eingriff erfolgt** bei vollem Bewusstsein der Patientin, aber **unter lokaler Anästhesie** und Verabreichung eines Beruhigungsmittels.
- **In Bauchlage wird** nach gründlicher Desinfektion und steriler Abdeckung die Haut ... **mit 10 ml Ultracain anästhesiert**.
- Mittels **in Lokalanästhesie** durchgeführter stereotaktischer Biopsie ist ....
- Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme **unter Lokalanaesthesie**.

- **In Bauchlage** wird nach gründlicher Desinfektion und steriler Abdeckung die Haut ... **mit 10 ml Ultracain anästhesiert**.
- Methode der Wahl ist die fiberbronchoskopische Untersuchung **in Oberflächenanästhesie** des Rachenraums.

Tabla 5.27: Resultados de *Anästhesie* en el corpus para el profesional de la salud.

### Narkose

- Die Untersuchung erfolgt in Lokalanästhesie - **wenn nötig auch in Narkose**.
- Die starre Bronchoskopie **in Narkose**, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren.
- Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen **ohne Narkose** entnommen und untersucht werden.
- Diagnostische Laparoskopie. Die Untersuchung ist invasiv und muß **unter Vollnarkose** durchgeführt werden.
- Die **Narkoseuntersuchung** sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.
- Insbesondere wiederholte Punktionen können bei manchen Kindern **Allgemeinnarkose** erfordern.
- Bei Kindern ist jedoch eine **Kurzarkose** in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.

Tabla 5.28: Resultados de *Narkose* en el corpus para el profesional de la salud.

La tercera búsqueda (*Sedierung*) no presenta ninguna concordancia ni con este término ni con *Sedativa*; sin embargo, se extraen dos co-textos con el sinónimo divulgativo *Beruhigungsmittel*:

*beruhigungs\**

- 1 5,9 Millimetern Durchmesser, das durch die Nase der Patienten eingeführt werden kann. **Beruhigungsmittel** müßten damit bei der Magen- oder Darmspiegelung wesentlich seltener ge
- 2 ollem Bewusstsein der Patientin, aber unter lokaler Anästhesie und Verabreichung eines **Beruhigungsmittels**. Nach einer Embolisation bleibt die Patientin wenige Tage im Krankenha

Dado que este factor pragmático prácticamente no aparece en el corpus alemán para el profesional de la salud, suponemos que los autores de los textos analizados dan por sabida esta información pragmática o la consideran transmitida de forma implícita a través de los datos ofrecidos en relación con *Anästhesie* y *Narkose*. Tampoco se utiliza con frecuencia el término sinonímico *Beruhigungsmittel* – acabamos de mostrar las dos concordancias; esta variante divulgativa aparece 11 veces en el corpus para el paciente, el tecnicismo *Sedierung* / *sedieren*, en cambio, sólo se localiza en cuatro líneas de concordancias (apartado 5.2.2).

El resultado del siguiente factor (*duración*) no se puede considerar de gran ayuda en lo que respecta la necesidad de recabar los datos necesarios para las definiciones. Se observa, de nuevo, la escasez de este tipo de información pragmática en los textos ofrecidos a los distintos usuarios especializados. Parece evidente que los autores de dichos textos presuponen que los lectores disponen ya de los conocimientos suficientes o parten de la hipótesis de que los mismos receptores puedan completar la eventual falta de datos por sí solos. Se dejan al margen los distintos grupos de usuarios en formación por lo que no cabe duda la necesidad de un cambio hacia la complementación de dichos textos para que el mensaje que contienen sea transmitido con éxito. Veamos el resultado de *Dauer*:

*dauer\* + untersuchung*

N Concordance

1 ndere Organe des Bauchraums - Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Aorta - begutachtet werden können. Die **Untersuchung** selbst **dauert** insgesamt weniger als eine Viertelstunde. Allerdings muss der Darm derzeit noch einen Tag vorher durch ein Abführmittel entleert werde

Salta a la vista que nuestro corpus no nos permite más de una manera de expresar el tiempo de pueda durar una determinada intervención:

**Dauer**

○ **Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.**

Tabla 5.29: Resultados de *Dauer* en el corpus para el profesional de la salud.

El siguiente término de la lista (*Zuverlässigkeit der Diagnose*) nos lleva a varias búsquedas (apéndice VII) que, a su vez, permiten la extracción de concordancias en las que se aprecia cierta variación terminológica. El número de concordancias conseguidas después de proceder a las búsquedas de *zuverlässig\* + diagnose\**, *zuverlässig\* + untersuchung\**, *sicher\* + untersuchung\** y *sicher\* + ergebnis\** muestran el alto interés de los profesionales por saber la fiabilidad de una determinada prueba diagnóstica:

1 ler Proben entlang des gesamten stereotaktischen Zieltrajektes sehr hoch, ebenso wie die **diagnostische Zuverlässigkeit** im Vergleich zu größeren Resektatstücken (16,20,21). Wichtig  
2 stasen und Lymphknotenmetastasen in der Axilla, supraklavikulär und in der Halsregion **zuverlässig diagnostiziert** werden. 2.4. Kernspintomographie Die Kernspintomographie als dy

3 Eisenfärbung ist kein Eisen nachweisbar. Die KM-Biopsie ist bei der PV eine wertvolle **diagnostische Hilfe** und erlaubt eine zuverlässige Abgrenzung von sekundären Polyglobulien.  
4 och die Gesamtkonstellation der histologischen Einzelaspekte auch bei Frühformen eine **zuverlässige Diagnose**: Hyperzellularität Hyperplasie der Erythropoese Fehlendes Speichereis  
6 , die repräsentativ für das gesamte Organ sind. Mit diesem Konzept können Leukämien **zuverlässiger und differenzierter diagnostiziert** und prognostisch eingestuft werden; quantit  
1 alkungen, erkennen. Darüber hinaus ist diese Untersuchung sehr zeitaufwendig, und die **Zuverlässigkeit der Methode** ist sehr vom Untersucher abhängig. Und: Die Aufnahmen sind i  
1 t Früherkennung von Zervixkrebs viel sicherer Neu-Isenburg (ikr). Nein, sie bietet keine **sichere Diagnostik**, die zytologische Untersuchung von Zervixabstrichen zur Früherkennung v  
1 nzzentrum, der seinen Befund per Telefon übermittelt. Die Doppelbefundung erhöht die **Sicherheit der Diagnose** beträchtlich. Das Ergebnis wird der Frau mitgeteilt, noch ehe sie die

Con estos datos es posible ofrecer varias opciones o variantes para la elaboración del lenguaje controlado en torno al factor pragmático *Zuverlässigkeit*:

### Zuverlässigkeit

- Die Untersuchung weist eine hohe **diagnostische Zuverlässigkeit** auf.
- Außerdem können ...bereits sehr kleine Thoraxwandmetastasen und Lymphknotenmetastasen **zuverlässig diagnostiziert** werden.
- Die KM-Biopsie ist eine **wertvolle diagnostische Hilfe**.
- Die Untersuchung erlaubt ... auch bei Frühformen eine **zuverlässige Diagnose**.
- Mit dieser Untersuchung können Leukämien **zuverlässiger und differenzierter diagnostiziert** und prognostisch eingestuft werden.
- Die **Zuverlässigkeit der Methode ist sehr vom Untersucher abhängig**.
- Die zytologische Untersuchung von Zervixabstrichen **bietet keine sichere Diagnostik**.
- Die Doppelbefundung **erhöht die Sicherheit der Diagnose beträchtlich**.

Tabla 5.30: Resultados de *Zuverlässigkeit* en el corpus para el profesional de la salud.

El penúltimo factor pragmático, *Komplikationen*, trata de posibles complicaciones que puedan surgir durante o después de la realización de un procedimiento diagnóstico invasivo. A continuación, se muestran las concordancias relevantes de la búsqueda *kompliation\** que, gracias a los datos facilitados por el especialista, se ha visto extendida a los conceptos *Perforation* e *Inzision*, representando el primero una complicación real y el segundo un riesgo de una posible complicación:

#### *kompliation\**

2 pfohlen - gerade für Risiko -Personen. In US-Arbeiten werden oft hohe Kosten und hohe **Komplikationsraten** als Argument gegen die Koloskopie angeführt. Dies trifft für Deutschlan  
5 e der Qualität mit zumindest über 95-prozentigem Erreichen des Caecums und niedriger **Komplikationsrate** ist besonders in diesem Zusammenhang zu fordern. Wiederholungsuntersu  
6 nicht fachgerecht durchgeführter offener Biopsie die Konsequenzen durch perioperative **Komplikationen** und falsche Plazierung des Zugangs gravierend sein. Es besteht, im Vergleich zur geschlossenen Biopsie, ein höheres Risiko zur Entstehung eines postoperativen

11 ofortige diagnostische und therapeutische Intervention erfordern können. Die häufigsten **Komplikationen** sind Infektion, Sepsis (u.U. mit septischem Schock), Kardiomyopathie, Niere  
13 Algorithmus 2. Durchführung der Prostatabiopsie Der Patient wird über die möglichen **Komplikationen** (akute Prostatitis, Blutung) informiert. Eine antibiotische Prophylaxe für 3 T  
29 tiert werden. Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen **Komplikationsrisiken** aufgeklärt. Die Punktion kann auch bei blutungsgefährdeten Patienten  
1 n der Schleimhaut des Darmes infiltriert sind und bei einer Mukosektomie ein erhöhtes **Risiko** für eine Perforation besteht. Inwieweit flache Adenome eine Sonderform der adenomat

*inzision*

1 tels Trokar durchgeführt. Sie sind minimal invasiv und beinhalten weniger perioperative **Risiken** als die offene Gewebeentnahme, bei der eine **Inzision** notwendig ist. Von einem erfah

*perfor\**

1 en der Schleimhaut des Darmes infiltriert sind und bei einer Mukosektomie ein erhöhtes **Risiko** für eine **Perforation** besteht. Inwieweit flache Adenome eine Sonderform der adenomat

Estas concordancias permiten los siguientes resultados en cuanto al lenguaje controlado:

### Komplikation

- Die Koloskopie **weist hohe Komplikationsraten auf.**
- Bei nicht fachgerecht durchgeführter offener Biopsie **können die Konsequenzen durch perioperative Komplikationen** und falsche Platzierung des Zugangs **gravierend sein.**
- **Die häufigsten Komplikationen sind** Infektion, Sepsis (u.U. mit septischem Schock) ...
- Prostatabiopsie. **Der Patient wird über die möglichen Komplikationen** (akute Prostatitis, Blutung) **informiert.**
- Punktion. **Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken aufgeklärt.**
- Die **Komplikationsraten** sind niedrig.
- **Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.**
- Sie ist minimal invasiv und **beinhaltet weniger perioperative Risiken** als ...

Tabla 5.31: Resultados de *Komplikation* en el corpus para el profesional de la salud.

Tanto este factor que se refiere a las posibles complicaciones durante o después de la intervención, como el factor anterior, es decir, el de la fiabilidad de una determinada prueba diagnóstica, permitieron la extracción de una serie de concordancias que muestran el alto interés de los profesionales de la salud por recabar información en torno a estos datos pragmáticos.

Otro factor de interés para el médico es el que hace referencia al hecho de que un método pueda usarse más como tratamiento, es decir, con fines terapéuticos y, sin embargo, ser sustituido para fines diagnósticos por otro menos agresivo. Obtuvimos pocos resultados a través de nuestros análisis lo que quizás esté en estrecha relación con

el hecho de que pocas técnicas de diagnóstico cumplan este parámetro. Aún así, constituye un dato que, según el especialista, no se ha de omitir en ningún caso, sobre todo, si pensamos en las posibles consecuencias para el paciente. Veamos las pocas concordancias encontradas en las que no se aprecia variación ninguna, ya que se utiliza únicamente el verbo *ersetzen*:

**ersetzte  
Technik**

- In allen Fällen **ersetzt** die Thyreoglobulinbestimmung die früher übliche Radiojoddiagnostik.
- Die neueren Methoden haben die radioaktive Meßmethode ... **ersetzt**.
- Die FISH-Untersuchung **ersetzt** bislang die konventionelle Zytogenetik nicht, die bei Diagnose immer durchgeführt werden sollte.

Tabla 5.32: Resultados de *ersetzte Technik* en el corpus para el profesional de la salud.

Hemos podido observar que los factores pragmáticos que acabamos de analizar en el corpus de textos para profesionales de la salud de lengua alemana, es decir, *Anästhesie*, *Narkose*, *Sedierung*, *Dauer*, *Zuverlässigkeit*, *Komplikationen* y *ersetzte Technik* se diferencian mucho en cuanto a su presencia y variación. Hemos podido observar que las concordancias extraídas en las búsquedas de *Anästhesie*, *Narkose*, *Zuverlässigkeit* y *Komplikation* son relativamente numerosas mostrando siempre algunas variantes, mientras que los resultados de *Sedierung*, *Dauer* y *ersetzte Technik* son muy escasos, tanto respecto al número de concordancias extraídas como al número de variantes detectadas. A pesar de esta falta de homogeneidad, parece obvia – y confirmada por el consejo del especialista – la necesidad de incluir la mayoría de dichos factores en la estructura de la definición, siempre y cuando éstos cobren cierta importancia en relación con el método de diagnóstico en cuestión, de modo que su definición se adapte al usuario real de una situación comunicativa concreta.

En el siguiente apartado reflejaremos las búsquedas correspondientes al corpus para profesionales de la salud de lengua española.



## 5.4.2 El lenguaje de la definición en español destinada al receptor experto

Con el propósito de activar las correspondientes búsquedas en *Search Word or Phrase* de la función *Concordance Settings* de nuestra herramienta de análisis, volvamos a la lista de términos elegidos en función de su importancia como factores pragmáticos y según los criterios mencionados con anterioridad (apartado 5.4):

- ✚ *anestesia general*
- ✚ *anestesia local*
- ✚ *sedación*
- ✚ *duración de la intervención*
- ✚ *fiabilidad*
- ✚ *complicaciones durante / después de la intervención*
- ✚ *técnica sustituida*

Procedemos a sacar las concordancias (apéndice VIII) tanto de *anestesia general* como de *anestesia local* y *sedación*, ya que en español no existen dos términos diferentes que representen cada uno la anestesia local y la general respectivamente, como se da el caso en lengua alemana (*Anästhesie / Narkose*).

A continuación, se muestran algunos de los co-textos más relevantes encontrados en el corpus:

### *anestesia general*

2 médico, dentista y servicios sociales. Se indica efectuar una endoscopia cuidadosa bajo  
**anestesia general** con trazos detallados de ubicación de la lesión empleando descripción escrit  
14 análisis de tejido que, por el contrario, por contra precisa de la hospitalización, se aplica  
**anestesia general**, y deja una mayor secuela estética. Asimismo, explicó que el sistema ABII-  
18 stos procedimientos se realizan bajo anestesia local y en algunos casos con sedación. La  
**anestesia general** es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan  
20 bido al desarrollo de las técnicas endoscópicas. La laringoscopia directa se practica bajo  
**anestesia general**, habitualmente con intubación orotraqueal o con ventilación en jet de alta fre  
21 ramente recurren. En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con broncoscopio rígido y  
**anestesia general**. Las complicaciones más frecuentes son hipoxemia, alteraciones cardiovasc  
22 ia y endoscopia nasal, se puede realizar una completa exploración ORL sin necesidad de  
**anestesia general**. Simultáneamente a la exploración física se pueden realizar diferentes estudi  
*anestesia local*

2 e realizarse sin peligro haciendo una aspiración con aguja fina o biopsia de escisión bajo  
**anestesia local**. Debido a que las aspiraciones con aguja fina podrían ser difíciles de interpretar  
4 arizada (CT). Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y  
**anestesia local** antes de continuar con procedimiento mas invasor. La mediastinoscopia, la me  
8 e esta coloración es más patente cuando se trata de carcinoma. Tras la administración de  
**anestesia local**, la introducción del boncoscopio con la adaptación del láser facilita la exploraci

9 n posición prona en la mesa de estereotaxia digital y se le realiza la toma de biopsia con **anestesia local** y radiación mínima. La muestra implica una pequeña punción en la piel, con mí  
10 tumbaba boca abajo en una camilla, quedando la mama suspendida en el aire. Se utiliza **anestesia local**. Además, este sistema permite realizar la extracción por el trayecto más corto, s  
11 aparato circulatorio y aparato genitourinario. Todos estos procedimientos se realizan bajo **anestesia local** y en algunos casos con sedación. La anestesia general es excepcional y sólo se  
14 Se introduce por un orificio nasal descendiendo hasta el plano glótico. Puede precisar **anestesia local** en la fosa nasal o en la faringe. La imagen es de menor calidad que la que prod  
*sedación*

5 ografía computarizada (CT). Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando **sedación** leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento más invasor. La mediasti  
10 aguja centrada guiada por una TAC. Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando **sedación** ligera y anestesia local antes de pasar a procedimientos más invasores. La mediastino  
13 eco-endoscopia superior se hace con anestesia general. La distal no necesita ni siquiera **sedación** porque el instrumental se introduce unos 10 cm produciendo pocas molestias al pacie  
16 experiencia acumulada con ellas es todavía escasa. La exploración suele practicarse con **sedación** por vía intravenosa, especialmente si hay que explorar el páncreas o la vía biliar, dad

Como resultado tenemos tres listas, una con el lenguaje controlado de *anestesia general*, otra de *anestesia local* y la tercera de *sedación*.

### anestesia general

- Se indica **efectuar una endoscopia cuidadosa bajo anestesia general**.
- La laringoscopia directa **se practica bajo anestesia general**.
- En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser **con broncoscopio rígido y anestesia general**.
- Se puede realizar una completa exploración ORL **sin necesidad de anestesia general**.
- Se aplica **anestesia general**.
- La **anestesia general** es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan colaborar.

Tabla 5.33: Resultados de *anestesia general* en el corpus para el profesional de la salud.

### anestesia local

- **El diagnóstico puede realizarse** sin peligro haciendo una aspiración con aguja fina o biopsia de escisión **bajo anestesia local**.
- **Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando** sedación leve y **anestesia local**.
- **Tras la administración de anestesia local**, la introducción del boncoscopio...
- **Se le realiza la toma de biopsia con anestesia local** y radiación mínima.
- Puede precisar **anestesia local** en la fosa nasal o en la faringe.
- **Se utiliza anestesia local**.
- Todos estos procedimientos **se realizan bajo anestesia local** y en algunos casos con sedación.

Tabla 5.34: Resultados de *anestesia local* en el corpus para el profesional de la salud.

sedación

- Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.
- Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación ligera.
- La distal **no necesita ni siquiera sedación** porque el instrumental se introduce unos 10 cm produciendo pocas molestias al paciente.
- La exploración suele practicarse con sedación por vía intravenosa.

Tabla 5.35: Resultados de *sedación* en el corpus para el profesional de la salud.

Se observa que, al contrario del corpus alemán, en el español sí se encuentra codificada bastante información respecto del factor *sedación*, en concreto veinte concordancias (apéndice VIII).

Aún muchos más datos se presentan para el factor *duración*, sobre todo si no nos detenemos en los términos *hora*, *duración* o *durar* para proseguir la búsqueda con *minuto*\*. Conseguimos una lista de 25 concordancias de las que, a continuación, se muestran las más interesantes:

*dura + hora*\*

1 das las muestras necesarias de tejido mamario, con una sola punción y en una sesión que **dura** menos de media **hora**. Esta exploración es indolora, no produce cicatrices y no precisa in

*hora\* + proceso*

1 ación de esa biopsia, la paciente puede hacer su trabajo habitual. La realización total del **proceso** es de aproximadamente una **hora**. "Este equipo permite disminuir la morbilidad de las

*minuto*\*

1 ideraciones técnicas, advierten que la duración de la exploración ha de ser de al menos 3 **minutos** por mama. Para Kopans, cualquier médico que lleve a cabo una exploración clínica de co que lleve a cabo una exploración clínica de la mama debe saber que se necesitan 5-15 **minutos** para realizarla de forma minuciosa. Utilizar menos tiempo indica probablemente que 3 a piel del escroto está relajada. La palpación bimanual debe llevar entre 30 segundos y 1 **minuto**, teniendo cuidado de no confundir el epidídimo, hernias, quistes o varicoceles con un 6 pues se efectúa de forma ambulatoria. La duración de la exploración varía entre 15 a 30 **minutos**, "en función de lo que se vaya a buscar y de la experiencia que se tenga", indica Muñoz 8 a las recibidas en una tomografía computerizada abdominal convencional, dura sólo dos **minutos**, pero después se precisan de veinte minutos a una hora para llevar a cabo el tratamient 12 que informa en tiempo real de los resultados de la exploración, cuya duración es de dos **minutos**. Este aparato optoelectrónico "somete a los tejidos a una corriente eléctrica de impuls 15 minal subcostal. La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 15 **minutos** y se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. Endoprótesis antro-duodeno-yeyunale

En consecuencia, tendremos a nuestra disposición una lista amplia de resultados con vistas a la construcción de la definición pragmática dirigida al profesional de la salud de lengua española.

**duración**

- La biopsia se realiza con una sola punción y en una sesión que **dura menos de** media hora.
- **La realización total del proceso** (biopsia) **es de aproximadamente** una hora.
- **La duración de la exploración ha de ser de al menos** 3 minutos por mama.
- Cualquier médico que lleve a cabo una exploración clínica de la mama **debe saber que se necesitan 5-15 minutos para realizarla de forma minuciosa**.
- La palpación bimanual **debe llevar entre** 30 segundos y 1 minuto.
- **La duración de la exploración varía entre** 15 a 30 minutos.
- La exploración **dura sólo** dos minutos.
- La exploración, cuya **duración es de** dos minutos, ..
- La intervención **tiene un tiempo de realización de** aproximadamente 15 minutos.

Tabla 5.36: Resultados de *duración* en el corpus para el profesional de la salud.

El número de concordancias conseguidas después de proceder a las búsquedas de *fiabilidad*, *seguro\** + *diagn\** y *segura\** + *prueba\** muestra, como en el corpus alemán, el interés de los profesionales de la salud por saber la fiabilidad de una determinada prueba diagnóstica:

*fiab\**

5 rrer, director asistencial del programa, "es un proceso completo en el que se asegura una actuación rápida en un plazo de 21 días y con la máxima **fiabilidad** diagnóstica". Además, las posibilidades de la cirugía mayor ambulatoria "permiten agilizar todo el proceso quirúrgico", a 6 a es la única prueba de imagen que puede demostrar la invasión de la cápsula prostática o una extensión hacia fuera, con un 80 por ciento de **fiabilidad**. La situación actual es examinar a los pacientes con la resonancia en secuencias T2 y con bobinas endorrectales, según 10 ca punción y conseguimos diagnosticar lesiones en el estadio más temprano posible", ha precisado Antonio Gómez. El método es tres veces más **fiable** en el diagnóstico de hiperplasia ductal atípica y las muestras son ocho veces más grandes que las que se consiguen convencione 13 tala en España, con el que se pueden realizar biopsias de lesiones no palpables, menores de centímetro y medio, detectadas por mamografía. La **fiabilidad** de la técnica, que no necesita ningún tipo de intervención quirúrgica, se acerca al cien por cien. Además, hace innecesario el 14 ción hipometabólico característico con un alto nivel de sensibilidad (79 a 96 por ciento) y especificidad (88 a 100 por cien), y proporciona alta **fiabilidad** en la confirmación de un diagnóstico de sospecha clínica. Existe una concordancia muy buena entre los parámetros clíni 15 clínicos que definen la EA y un patrón de neuroimagen FDG-PET. El hallazgo de dicho patrón posibilita el diagnóstico precoz con un lato grado de **fiabilidad** en los casos leves o dudosos. Sin embargo, los autores de la investigación afirman que "no se puede considerar la F 16 al para una  $p < 0.05$ ). Los investigadores concluyen que el examen in munohistoquímico de los ganglios linfáticos axilares es un procedimiento **fiable**, de gran valor diagnóstico (estadiaje) y pronóstico a la par que sencillo de aplicar e interpretar. Es el método de elección p 21 (fig. 6), la USE logra visualizar estas neoplasias en la práctica totalidad de los casos, permitiendo además el diagnóstico de extensión con una alta **fiabilidad** durante la misma exploración. La infiltración del páncreas, hecho que se asocia a mal pronóstico, llega a detectar 26 icio de cirugía vascular. La ecografía constituye una técnica **fiable**, no invasiva y segura que, por su amplia disponibilidad, se recomienda para la evaluación 31 isteroscopia en el 5-10 % de los casos de pacientes con metrorragia posmenopáusica y en torno al 1% cuando la hemorragia anormal se produce en premenopáusicas. La **fiabilidad** de la histeroscopia para el cáncer de endometrio es elevada, con una sensibilidad del 99% y un valor

*seguro\** + *diagn\**

1 Este equipo, que consiste en una Mesa de Estereotaxia Digital Prona y un dispositivo de biopsia Mamotomo, tiene como objetivo principal realizar un **diagnóstico seguro** de lesiones mamarias sospechosas de malignidad, evitando la cirugía. La Unidad de Mamografía del Hospi

Estas concordancias ofrecen una serie de opciones o variantes que sirven para la elaboración del lenguaje controlado de la definición pragmática destinada al profesional de la salud:

**fiabilidad**

- Es un proceso completo ... **con la máxima fiabilidad** diagnóstica.
- La resonancia magnética es la única prueba de imagen que puede demostrar la invasión de la cápsula prostática o una extensión hacia fuera, **con un 80 por ciento de fiabilidad**.
- **El método es tres veces más fiable en el diagnóstico.**
- **La fiabilidad de la técnica**, que no necesita ningún tipo de intervención quirúrgica, **se acerca al cien por cien**.
- **Proporciona alta fiabilidad** en la confirmación de un diagnóstico de sospecha clínica.
- Posibilita el diagnóstico precoz **con un alto grado de fiabilidad** en los casos leves o dudosos.
- El examen inmunohistoquímico de los ganglios linfáticos axilares **es un procedimiento fiable, de gran valor diagnóstico**.
- Permite además el diagnóstico de extensión **con una alta fiabilidad durante la misma exploración**.
- La ecografía **constituye una técnica fiable, no invasiva y segura**.
- **La fiabilidad** de la histeroscopia para el cáncer de endometrio **es elevada**.

Tabla 5.37: Resultados de *fiabilidad* en el corpus para el profesional de la salud.

Con anterioridad, hemos podido constatar en el corpus de lengua alemana que el profesional de la salud precisa informarse respecto de las posibles complicaciones y riesgos que puedan surgir durante o después de la realización de un procedimiento diagnóstico invasivo. Parece evidente que dicho factor pragmático se encuentra igualmente en el corpus español, a menos que ocurra algo parecido a lo que sucedió con el concepto *sedación* que sólo se ha podido localizar dos veces en el corpus alemán – pero únicamente con la variante divulgativa, mientras que las concordancias en lengua española se elevan a veinte. A continuación vemos algunas de las concordancias de las búsquedas *complica\** + *diagn\**, *complica\** + *explora\**, *complica\** + *frecuen\** y *complica\** + *grave\**, *riesgo\** + *anestesia*, *riesgo\** + *infeccion\** y *perfora\** y la lista de resultados en cuanto al lenguaje controlado.

*complica\* + diagn\**

1 us resultados no estarán disponibles hasta dentro de una década. Peligros potenciales del **diagnóstico** precoz Las **complicaciones** de la venopunción para determinar niveles de PSA so  
7 xtirpadas durante el cribado en la mayoría de los casos, por lo que puede ser una técnica **diagnóstica** y terapéutica. Las **complicaciones** de la técnica son raras (perforaciones en uno de  
8 no, o un linfoma y una hiperplasia linfoide. Teniendo en cuenta el elevado rendimiento **diagnóstico**, el escaso número de **complicaciones**, su fácil realización y, por otro lado, los problemas derivados de la biopsia cervical directa, se puede afirmar que la PAAF es la técnica

*complica\* + explora\**

2 inyección de gas en el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la **exploración**. Otras **complicaciones** más graves son perforación de asas intestinales, especialm

*complica\* + frecuen\**

9 a actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con broncoscopio rígido y anestesia general. Las **complicaciones** más **frecuentes** son hipoxemia, alteraciones cardiovasculares y hemorragia se  
12 raves. La incidencia global de complicaciones es del 0,4% y la mortalidad del 0,1%. Las **complicaciones** más **frecuentes** de la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema

*complica\* + grave\**

7 n el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la exploración. Otras **complicaciones** más **graves** son perforación de asas intestinales, especialmente si hay adheren

*riesgo\* + anestesia*

1 diatamente en niños con LNH. Los pacientes con masas mediastínicas grandes corren el **riesgo** de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia** general o durante sedación  
5 ez en cuando no será posible realizar un procedimiento diagnóstico quirúrgico debido al **riesgo** de la **anestesia** general o de la sedación profunda. En estas situaciones, se debe contemp  
4 o cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o sedación profunda. Debido a los **riesgos** asociados con la **anestesia** general y la sedación profunda, se debe llevar a cabo una cu

*riesgo\* + infeccion\**

5 yor riesgo de progresión del SK. A su vez, la rápida progresión del SK conlleva un **riesgo** elevado de padecer las **infecciones** oportunistas características del sida. Tratamiento El t

*perfora\**

10 latorio. La morbilidad de esta técnica es muy baja. Sólo se han descrito algunos casos de **perforación**, generalmente en relación con intentos de superar zonas de estenosis infranqueabl  
13 vesical. Entre las **complicaciones** descritas más frecuentes, cabe resaltar el riesgo de **perforación** del uréter o pelvis renal, la rotura del fórnix secundaria a una inyección del contra  
14 neo y el reflejo vasovagal durante la exploración. Otras **complicaciones** más graves son **perforación** de asas intestinales, especialmente si hay adherencias quirúrgicas o por procesos i  
21 rte del explorador para obtener el mismo rendimiento. El porcentaje de **complicaciones** (**perforación** y problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo, de

**complicación**

- **Las complicaciones** de la venopunción para determinar niveles de PSA **son triviales**.
- **Las complicaciones de la técnica son raras** (perforaciones en uno de cada 1.000-10.000 exámenes).
- ... **el escaso número de complicaciones**.
- **COMPLICACIONES:** La mortalidad es extremadamente rara .
- **Las complicaciones más frecuentes son ...; menos frecuentes son ...**
- **Las complicaciones más graves son** perforación de ...
- **Las complicaciones** de un procedimiento diagnóstico principal **pueden incluir** morbilidad asociada con la anestesia general.
- **El porcentaje de complicaciones** (perforación y problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica **es muy bajo**.
- **Como complicaciones habría posibilidades** de perforación, además de complicaciones por la sedación (depresión respiratoria, etc.).
- De vez en cuando no será posible realizar un procedimiento diagnóstico quirúrgico **debido al riesgo** de la anestesia general o de la sedación profunda.
- **Los pacientes corren el riesgo de sufrir** un paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o durante sedación fuerte.
- **Se corren los riesgos asociados con** la anestesia general y la sedación profunda.
- **Conlleva un riesgo elevado de padecer** las infecciones oportunistas.
- **Sólo se han descrito algunos casos de** perforación.
- **Posee bajo riesgo de** perforación.
- **Cabe resaltar el riesgo de** perforación del uréter o pelvis renal.

Tabla 5.38: Resultados de *complicaciones* en el corpus para el profesional de la salud.

El último término, *técnica sustituida*, es el que se refiere al hecho de que un método pueda usarse con bastante frecuencia con fines terapéuticos, pero prácticamente en ningún caso cuando se trata de establecer un diagnóstico y, por esta razón, es sustituido por otro procedimiento menos agresivo. En el análisis del corpus español conseguimos, al igual que en el del corpus alemán, pocos resultados, lo que corrobora, por una parte, el hecho de que pocas técnicas de diagnóstico cumplan esta condición. Por otra parte, volvemos al fenómeno observado a lo largo de los análisis, es decir, muchos de los datos pragmáticos que podrían ser de interés para el usuario concreto, simplemente no aparecen en los textos que componen nuestro corpus. A continuación, se muestran los resultados encontrados:

**técnica  
sustituida**

- ... una técnica diagnóstica que **ha sustituido al** clásico legrado uterino diagnóstico, procedimiento que precisaba anestesia, dilatación cervical...
- Para el diagnóstico precoz, los pacientes y los médicos han pedido cada vez más el examen de PSA **como sustituto del** examen profiláctico.
- No está recomendado como método de cribado **en sustitución de** la mamografía.

Tabla 5.39: Resultados de *técnica sustituida* en el corpus para el profesional de la salud.

Mientras los resultados sacados del corpus alemán no mostraban variación alguna, en las concordancias españolas sí se observa el uso de variantes formadas por el verbo (*sustituir*) y dos sustantivos (*sustituto* y *sustitución*).

A través de los resultados que hemos presentado en este apartado y que se verán completados a lo largo del capítulo 6, se observan claramente dos fenómenos:

- 1) Gracias a los *corpora* - compuestos por el corpus alemán y el español – se pudo recabar una serie de datos de interés en relación con el lenguaje controlado destinado a la construcción de la definición variable. Estos datos se componen principalmente por los siguientes dos tipos:
  - ✚ datos en relación con el uso y la variación de la terminología – entendida en el sentido amplio donde se incluyen términos complejos, etc. – utilizada en los textos dirigidos al lector no experto, por una parte, y al especialista, por otra.
  - ✚ datos en relación con la información pragmática relevante no solamente para la definición elaborada para el usuario no experto, sino también para el especialista.
- 2) Parece más que evidente que los distintos tipos de información pragmática o bien no se mencionan en relación con la mayoría de los métodos diagnósticos descritos en los *corpora* o bien se tratan con poca concreción y profundidad.

Con vistas a la integración de estos datos pragmáticos en la base de datos terminológica del proyecto *OncoTerm* habría que destacar la innovación respecto a la metodología y



las estrategias empleadas en relación con la extracción y al análisis de dichos datos. Como hemos podido observar a lo largo de este capítulo, los factores pragmáticos están estrechamente relacionados con los distintos conceptos que componen la categoría *procedimiento diagnóstico*, es decir, todos sus hipónimos. De este modo, la propia construcción del lenguaje controlado para la elaboración de una definición variable surge del entramado relacional inherente a esta categoría conceptual que aparece codificado, de alguna forma, en los textos de nuestro corpus. Nuestro propósito fue, por tanto, construir un lenguaje *doblemente* controlado:

- (a) Controlado por los rasgos semánticos del evento oncológico plasmados en la categoría *procedimiento diagnóstico* a la que pertenece el concepto *endoscopia*, por lo que todos sus conceptos específicos también heredan el esquema de la categoría. Este mapa conceptual se refleja tanto en el corpus como en la mente del especialista al que solíamos consultar.
- (b) Controlado por los expertos que transmiten sus conocimientos mediante los textos de nuestro corpus utilizando un determinado lenguaje, según el tipo concreto de receptor.

Hemos recurrido al especialista en caso de dudas o de algún vacío de información detectado en el corpus y, a un nivel más general, para que éste verifique y confirme los datos encontrados previamente, pero, en ningún caso, como fuente única y exclusiva.

Los resultados obtenidos gracias a los análisis realizados con los *corpora* a lo largo de este capítulo, encontrarán, conjuntamente con las informaciones facilitadas por el especialista, dos aplicaciones concretas:

- ✚ Se aplicarán en tanto como metalenguaje especializado controlado a nuestro modelo de definición variable que se dirige a dos grupos de receptores concretos con un perfil bien definido (cap. 6): el paciente y el profesional de la salud.
- ✚ Se aplicarán a la confección de un metalenguaje especializado, controlado y clasificado, dentro de lo posible, según el nivel de abstracción inherente al mismo, que le sirva al traductor, redactor técnico, etc. como herramienta para la construcción de diferentes tipos de texto en lengua alemana y española.

## **6. Análisis de la macrocategoría *procedimiento diagnóstico***

Una vez fijados los factores relevantes para la estructuración de la definición variable (véase 2.4 y capítulo 5) que proponemos utilizar en la base de datos terminológica del proyecto *OncoTerm*, entre los que destacan los de carácter pragmático, analizaremos el mapa conceptual de la ontología del sistema informático *OntoTerm*<sup>TM</sup>, elaborado previamente y del que depende la base de datos terminológica (capítulo 1 y 2.4.2), para poder pasar a la elaboración de las definiciones del concepto *endoscopia* y su campo.

Procederemos, en primer lugar, a la descripción de la macrocategoría *procedimiento diagnóstico* y de su localización en el evento médico al que pertenece dicha categoría. En esta fase se podrán apreciar las microcategorías que constituyen el entorno conceptual más inmediato del ámbito objeto de este estudio, además de los conceptos más genéricos en los que se edifica el conjunto de este área del saber.

En la segunda fase de los análisis se estudiarán los conceptos específicos pertenecientes a cada uno de los conceptos genéricos de la categoría. Se establecerán las relaciones entre los conceptos – sean jerárquicas o no jerárquicas – de manera que quede reflejada la estructura de la categoría *procedimiento diagnóstico* en la ontología.

La tercera y última fase consistirá en la modelación del conocimiento especializado a partir del análisis previo del corpus (capítulo 5) aplicado a uno de los conceptos genéricos, la *endoscopia*. Por una parte, se trata de un concepto clave del que parten muchos otros conceptos específicos de la macrocategoría y, por otra, constituye uno de los métodos diagnósticos más conocidos y frecuentes en el diagnóstico del evento oncológico. Presentaremos la definición variable en dos variantes: una que se dirige al profesional (médico o demás personal sanitario) y otra construida para el paciente, familiar o demás personas interesadas en el tema. De hecho, son estos dos grupos a los que están destinados la mayoría de los discursos realizados en este ámbito, sobre todo en Internet, por lo que decidimos incluir en ellos al grupo de los estudiantes de medicina que se decidan recurrir a la página *web* de *OncoTerm* buscando

información sobre algún tema concreto relacionado con la oncología. Según los conocimientos previos del usuario – estudiante, éste activará o bien la información destinada al experto o bien la que se dirige al receptor lego.

### 6.1. Descripción general teórica de la categoría

En el apartado 2.4.2.2 vimos que la macrocategoría *procedimiento diagnóstico* forma parte del evento oncológico y éste del evento médico general. Recordemos cómo a través del esquema relacional del evento médico se visualizan los patrones semánticos o categorías potencialmente presentes en él:

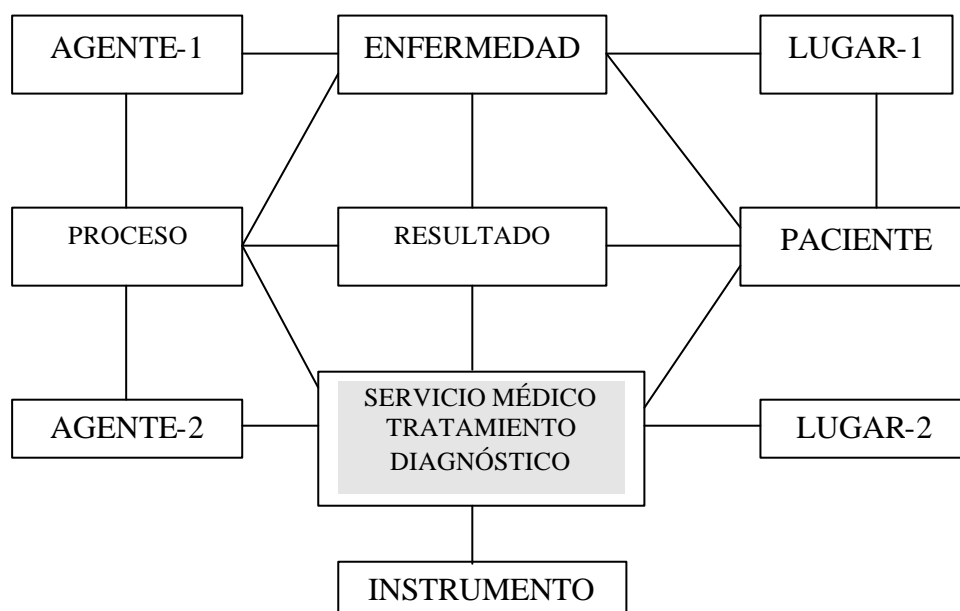


Fig. 6.1: Esquema relacional o marcos (*frames*) del evento médico (cfr. Faber et al. 2001ab).

Como hemos explicado casi al comienzo de este trabajo (capítulo 2), el evento oncológico apenas se distingue del evento médico general, siendo la categoría *enfermedad* la única dónde encontramos una restricción clara, ya que en el evento oncológico se trata de algún tipo de tumor.

Las categorías del evento médico están unidas por relaciones que son fundamentales para poder representar y modelar el conocimiento especializado. Ya se vió que dentro del evento médico oncológico se encuentra el *subevento servicio-médico*. Hay dos *agentes*, de los que el primero representa el causante de la enfermedad y el

segundo está representado en el médico oncólogo responsable del procedimiento diagnóstico y tratamiento, etc. Del subevento *servicio médico* parte una flecha hacia los posibles resultados que pueden ser el diagnóstico o la recuperación del paciente, entre otros.

La constelación de los conceptos que se agrupan en la macrocategoría *procedimiento diagnóstico* tiene su origen en la forma en que se relacionan éstos entre sí. Este grupo de conceptos o microcategorías constituyen nuestro punto de partida sin el que sería imposible que llegásemos tanto al conjunto de los conceptos del campo de saber en cuestión, como a una propuesta de modelación del conocimiento especializado del mismo. Es preciso volver a la figura que refleja esta categoría descrita con antelación (apartado 2.4.2.3), dado que constituye el punto de partida para las fases que se desarrollarán en este capítulo. En la figura, aparecen relaciones de diferente índole:

### SUBEVENTO PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

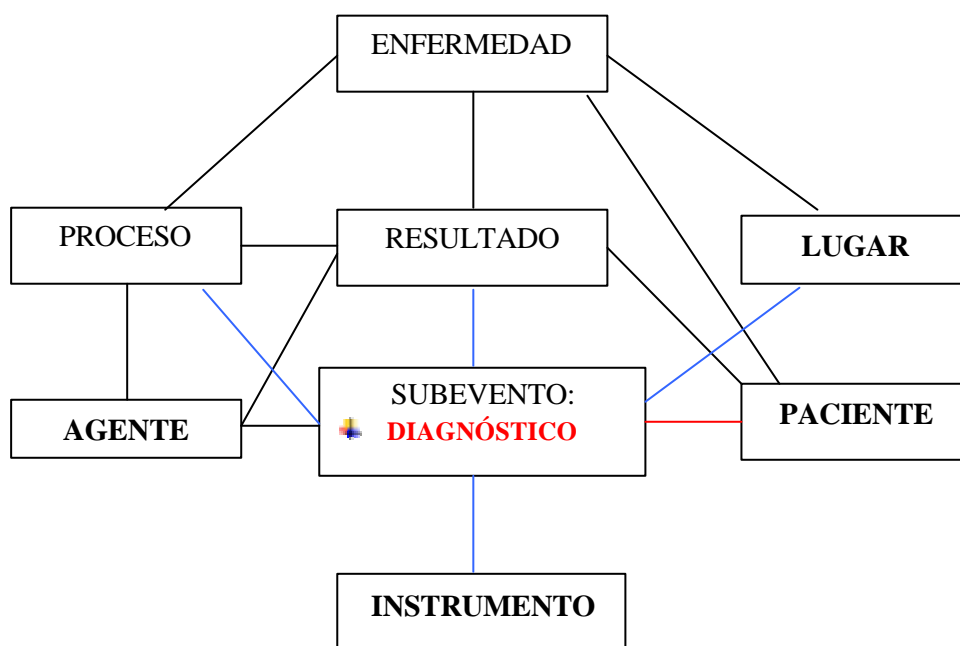


Fig. 6.2: El subevento *Procedimiento Diagnóstico*.

La imagen refleja una mezcla de relaciones tanto de naturaleza semántica como de naturaleza pragmática siendo estas últimas primordiales en el marco de este estudio.

De hecho, las relaciones pragmáticas, señalizadas con flechas en color azul, que después se incorporarán a la estructura de definición pragmática o variable, se

activan de acuerdo con el perfil del receptor, sus intereses concretos, así como su conocimiento previo. Es evidente que al receptor de las definiciones de esta categoría le interesa cómo se desarrollará el proceso y, como hemos visto en el capítulo 5, la variedad de riesgos que ello conlleva.

Para construir la definición de los lexemas que configuran la categoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO, éste es el contexto más inmediato con lo que se convierte en el tópico por excelencia y aparece en la definición de los términos del primer nivel o grupo de términos más cercanos al prototipo. Hasta ahora, según el corpus analizado han surgido dos tipos básicos de procedimiento diagnóstico, invasivo y no invasivo que, por supuesto, se van convirtiendo en los tópicos de los que parte la estructura, según el concepto o término que estemos definiendo.

#### PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     procedimiento diagnóstico (tópico)  <b>para detectar un tumor (foco).</b> </div>	
PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO INVASIVO:	PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO:
procedimiento diagnóstico oncológico (tópico) que se realiza <b>mediante la introducción de un instrumento o alguna sustancia en el cuerpo (foco).</b>	procedimiento diagnóstico oncológico (tópico) para el que <b>no es necesario introducir ningún instrumento ni sustancia alguna en el cuerpo (foco).</b>

Tabla 6.1: Procedimiento invasivo – procedimiento no invasivo.

El concepto *endoscopia*, por ejemplo, es un tipo de *procedimiento diagnóstico invasivo* y la *ecografía* un tipo de *procedimiento diagnóstico no invasivo*. También existen algunos métodos de diagnóstico que no pertenecen a ninguno de estos dos grupos de forma exclusiva. El concepto *radiografía* puede ser un método invasivo o no invasivo ya que constituye el concepto genérico tanto de conceptos específicos que representan métodos invasivos como de otros que representan pruebas no invasivas.

A continuación, veremos los conceptos genéricos o archilexemas de la categoría *procedimiento diagnóstico* y como se relacionan dentro de la misma.

### 6.1.1. Los archilexemas y sus relaciones

A lo largo de las distintas fases de elaboración del sistema conceptual de la categoría *procedimiento diagnóstico* se van distinguiendo una serie de conceptos clave por formar núcleos o nodos de los que parten grupos de conceptos más específicos. En realidad se trata de conceptos genéricos que tienen la función de pilares en los que se construye todo el mapa de este ámbito del saber por lo que en el capítulo 2 (apartado 2.4.2.4) los llamamos *archilexemas*. La primera etapa hasta completar dicho mapa consiste, pues, en descubrir los archilexemas y determinar las distintas relaciones que los unen unos con otros.

Como hemos mencionado más arriba (apartado 6.1), saltan a la vista dos grandes grupos de conceptos clasificados según si son métodos invasivos o no invasivos. Aparecen en la imagen del árbol conceptual (figura 6.3) en el que se reflejan de forma jerárquica, más concretamente mediante la *relación genérica* (apartado 2.1.1.1), y en lengua inglesa, el idioma elegido para la ontología:

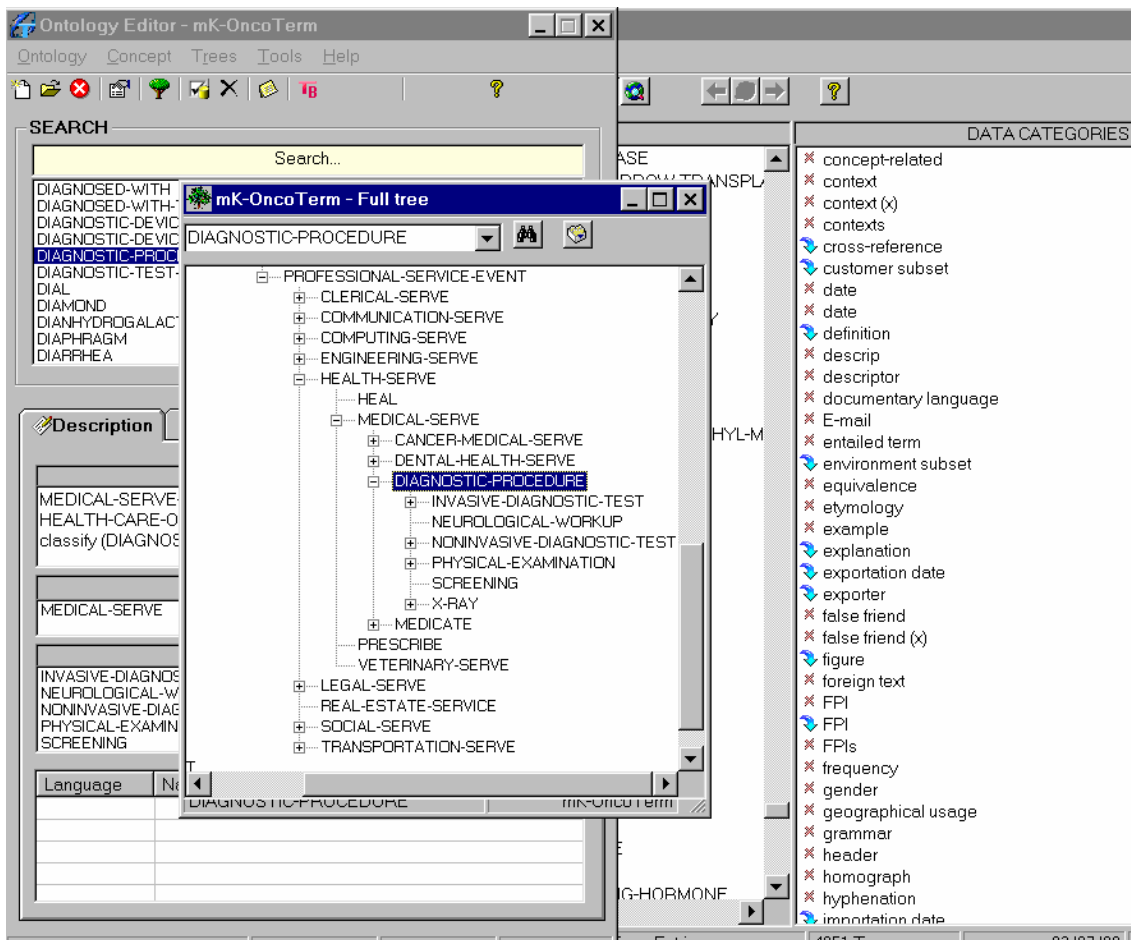


Fig. 6.3: Archilexemas de *diagnostic procedure* en el árbol de la ontología de *OncoTerm*.

La categoría *procedimiento diagnóstico* (*diagnostic procedure*) consta, por consiguiente, fundamentalmente de los archilexemas *invasive diagnostic procedure* y *noninvasive diagnostic procedure*, pero, al existir algunas técnicas que pueden ser tanto invasivas como no invasivas, éstas también aparecen en el primer nivel de la categoría. Según estas descripciones y los datos especificados en la figura 6.3, llegamos a los siguientes archilexemas:

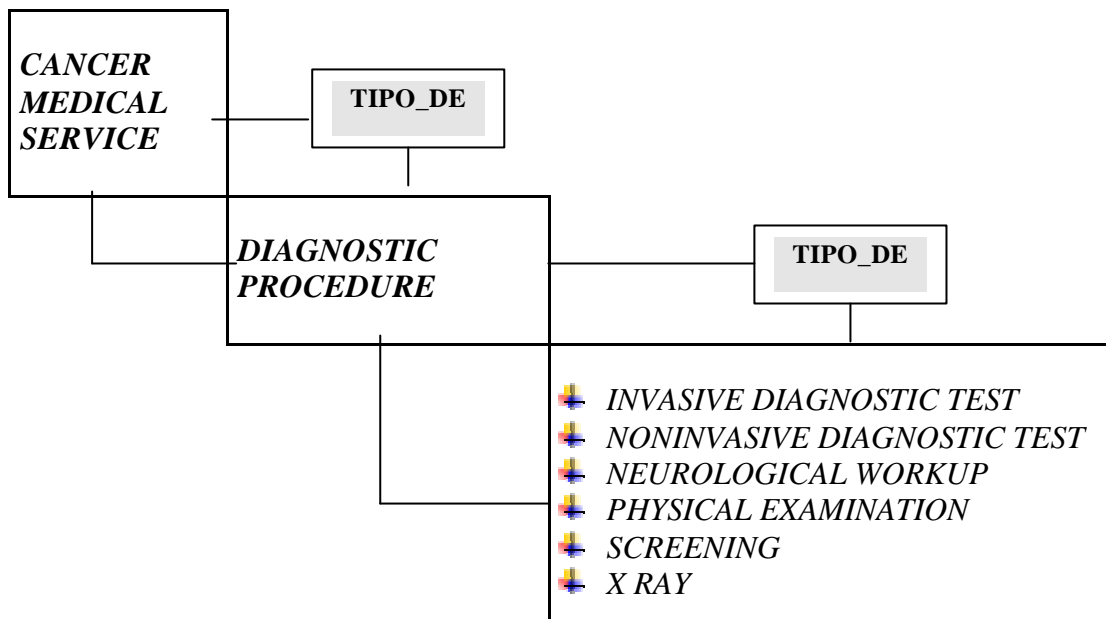


Fig. 6.4: *Diagnostic procedure* y sus archilexemas.

En el árbol de la ontología de *OncoTerm* no se menciona, de forma explícita, que las relaciones entre los conceptos sean genéricas, esto es, de TIPO\_DE. En el editor de la ontología (*ontology editor*), sin embargo, sí se especifica que se trata de relaciones de TIPO\_DE (IS\_A), dado que es imprescindible asignarle a cada concepto nuevo (opción *add concept*) un padre o concepto genérico (apartado 2.4.2). Cuando se quieran incluir otras relaciones que no sean de TIPO\_DE, se puede añadir dicha información en la opción de *local relations* del *Ontology Editor*. En este caso, los datos incluidos en el espacio previsto al efecto son visibles y accesibles únicamente cuando se activa un determinado concepto en la ontología donde figuran la definición conjuntamente con la información respecto a las características y las relaciones:



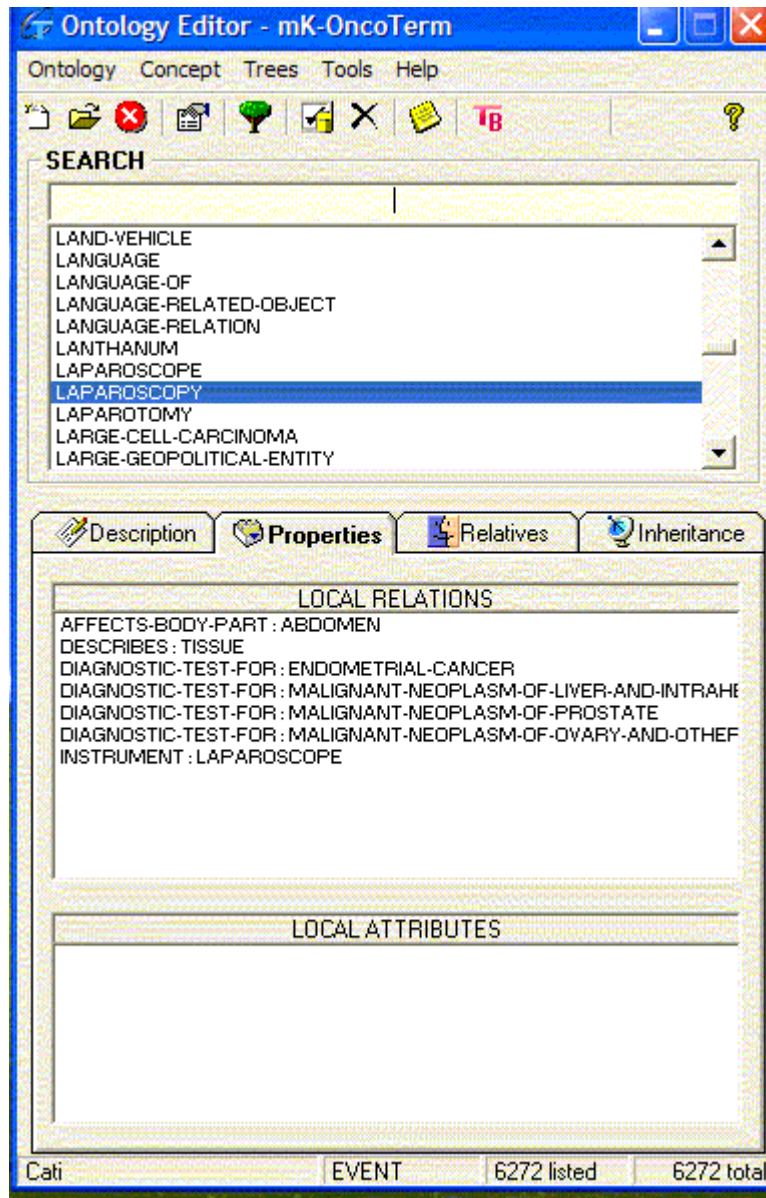








Fig. 6.5: Local relations de laparoscopy.

Una vez establecidos los nodos o arhilexemas del mapa conceptual del subevento *procedimiento diagnóstico* (fig. 6.4), disponemos del fundamento necesario para asignar a cada uno de ellos los conceptos específicos. De este modo se podrá ir completando, a lo largo de la siguiente fase, el mapa conceptual de nuestro ámbito específico.

## 6.2. Conceptos que integran la categoría *procedimiento diagnóstico*

Dedicaremos este apartado al propósito de completar el árbol conceptual de la categoría *procedimiento diagnóstico*. Como hemos mencionado más arriba (apartado 6.1.1), los datos incluidos en la ontología aparecen en inglés; en la base de datos terminológica, sin embargo, se almacenan las unidades terminológicas en cada una de las lenguas representadas en dicha base, además de la definición y otros datos relevantes como por ejemplo el campo específico (*subject field*) o el autor de la entrada aparte de informaciones de índole gramatical (*gender, term type, etc.*).

En esta fase de construcción conceptual nos centraremos en primer lugar en los conceptos de la ontología para seguir, en segundo lugar, con la información incluida previamente en la base de datos terminológica, tanto en lengua española como en lengua alemana. A tal efecto, volvamos a los archilexemas entre los que se encuentran conceptos sin hijos o conceptos específicos y otros de los que, al ser genéricos, parte un gran número de específicos:

-  + INVASIVE DIAGNOSTIC TEST
-  + NONINVASIVE DIAGNOSTIC TEST
-  NEUROLOGICAL WORKUP
-  + PHYSICAL EXAMINATION
-  SCREENING
-  + X RAY

Los cuatro conceptos marcados con un más son nodos de donde parten numerosos conceptos; los dos restantes figuran cada uno como el último concepto de una cadena.

La imagen del árbol que veremos a continuación (figura 6.6), muestra tanto los archilexemas (*invasive diagnostic test, noninvasive diagnostic test, neurological workup, physical examination, screening y X ray*) como todos sus hijos entre los que se encuentran muchos que a su vez están marcados con un más dentro de un cuadrado lo que indica la presencia de conceptos específicos.

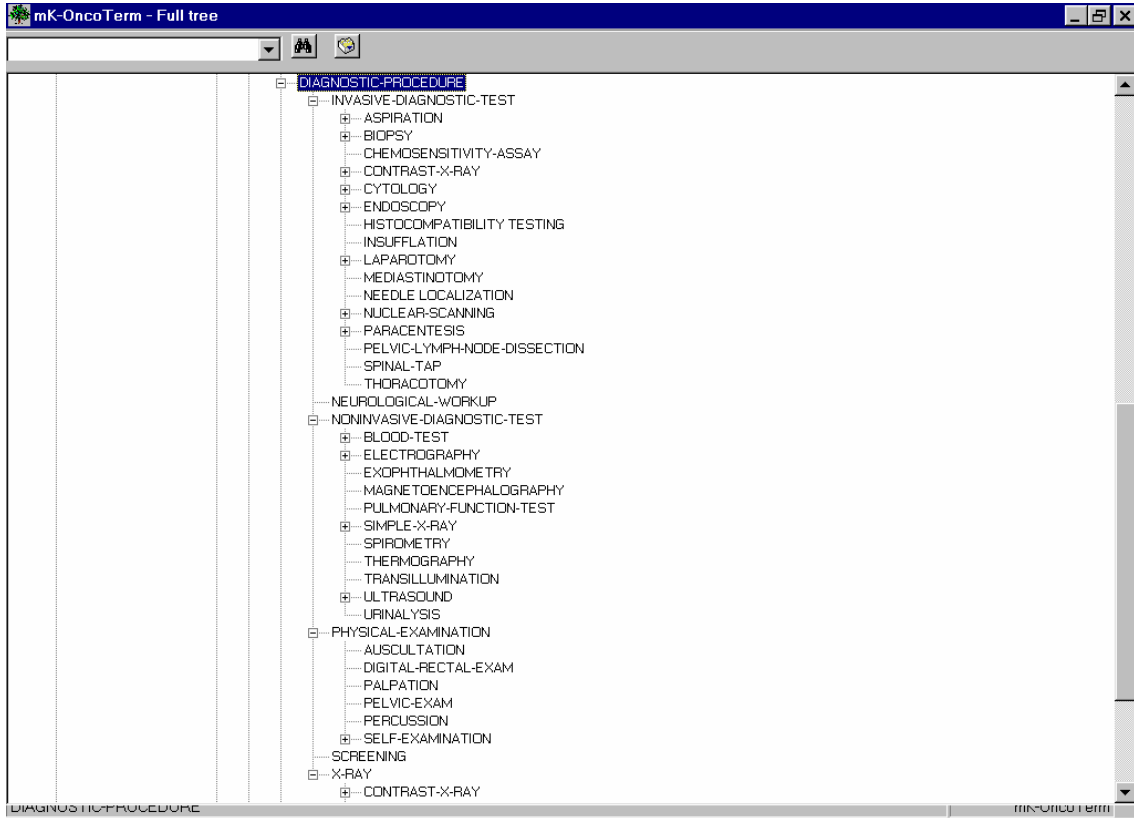


Fig. 6.6: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (I).

El siguiente paso consiste en abrir los conceptos uno por uno empezando por el primero dentro del archilexema *invasive diagnostic test*, es decir, *aspiration*, hasta llegar al último concepto genérico, es decir, *tomography* dentro de *X ray*, para acceder de esta forma al árbol completo de la categoría. Las figuras que aparecen a continuación (figuras 6.7-6.11), reflejan cada una las distintas partes de las que se compone dicho árbol, dado que muestran todos los conceptos superordinados y sus específicos. Las ramificaciones completas estarán reflejadas en el apéndice IX.

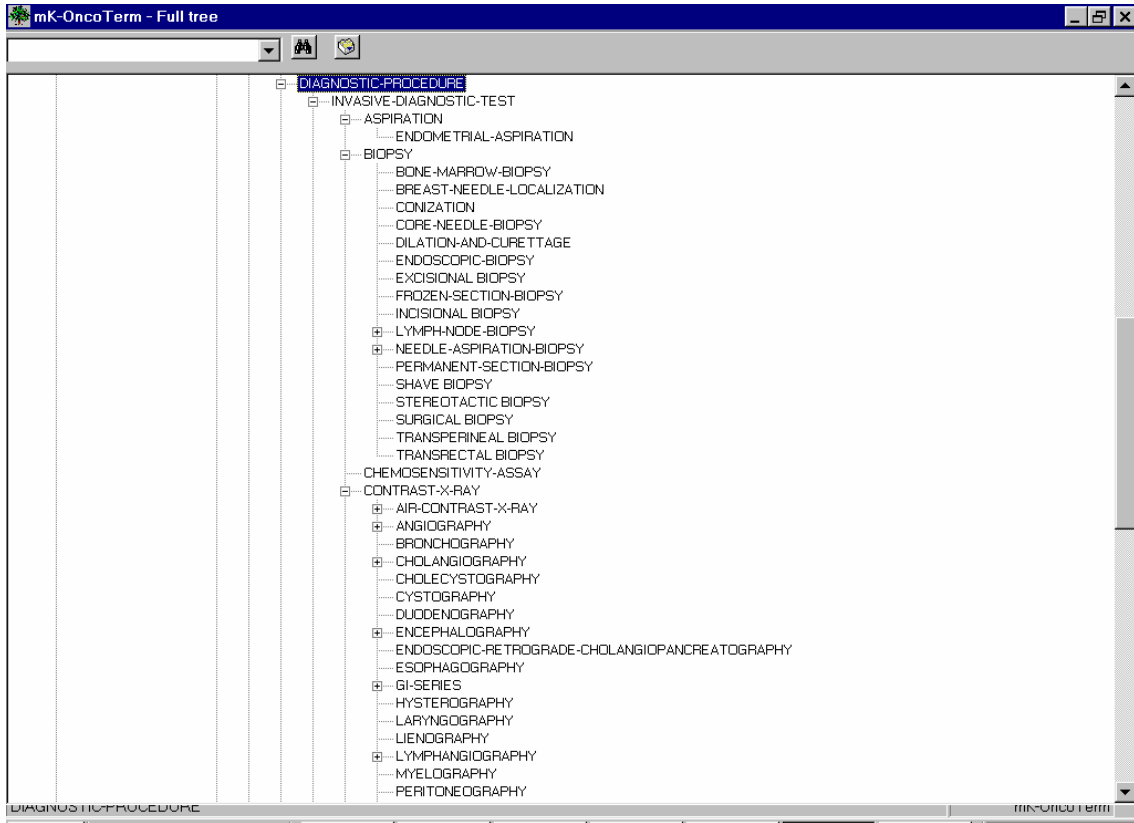


Fig. 6.7: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (II).

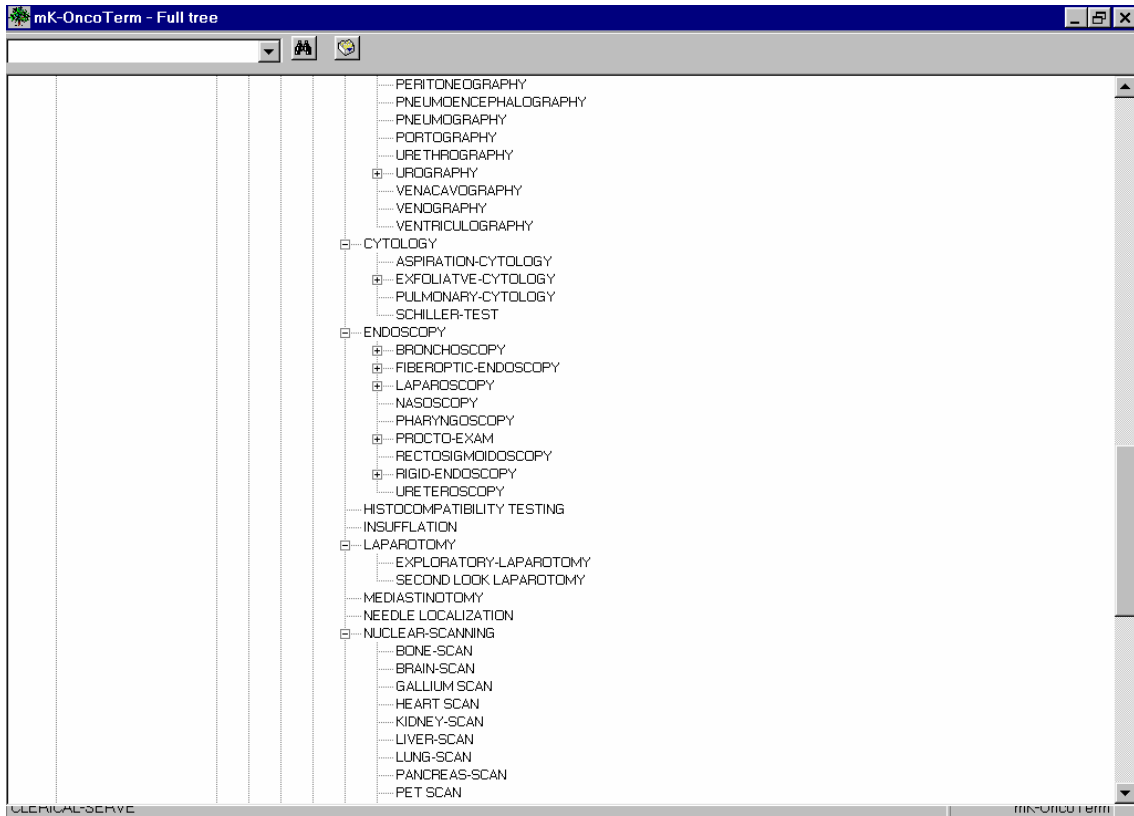


Fig. 6.8: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (III).

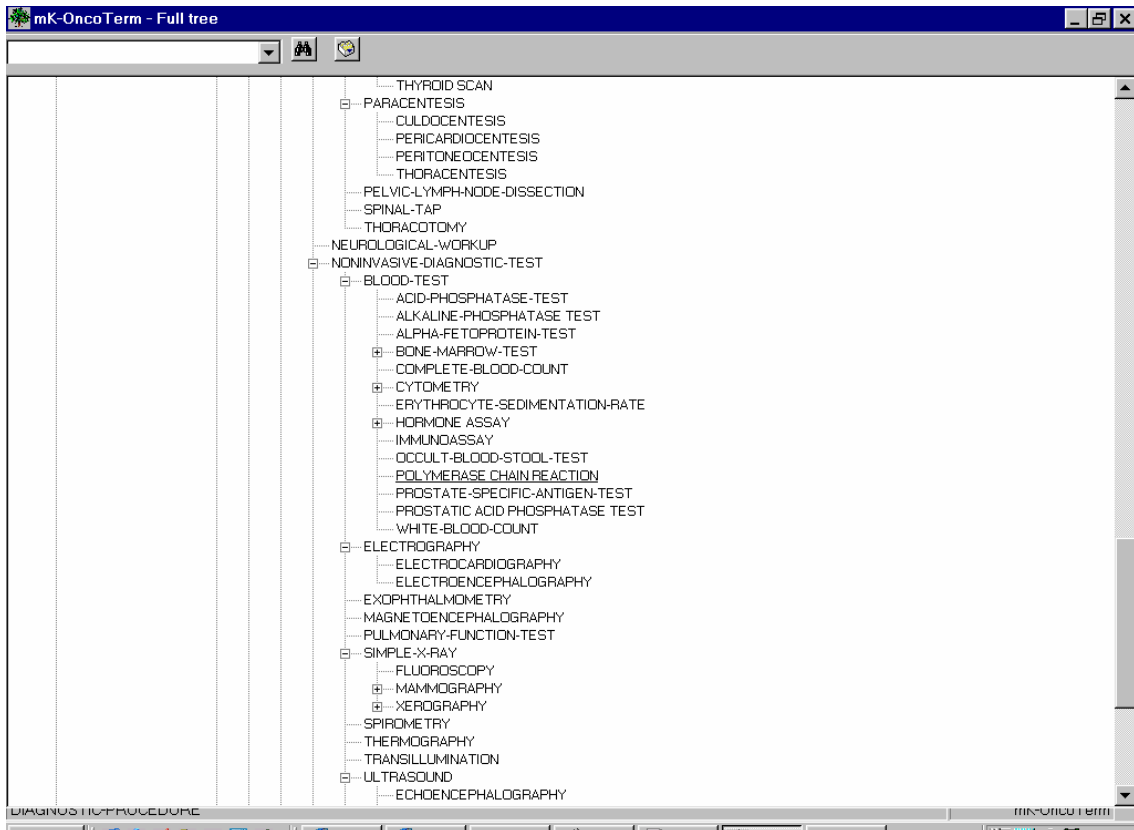


Fig. 6.9: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (IV).

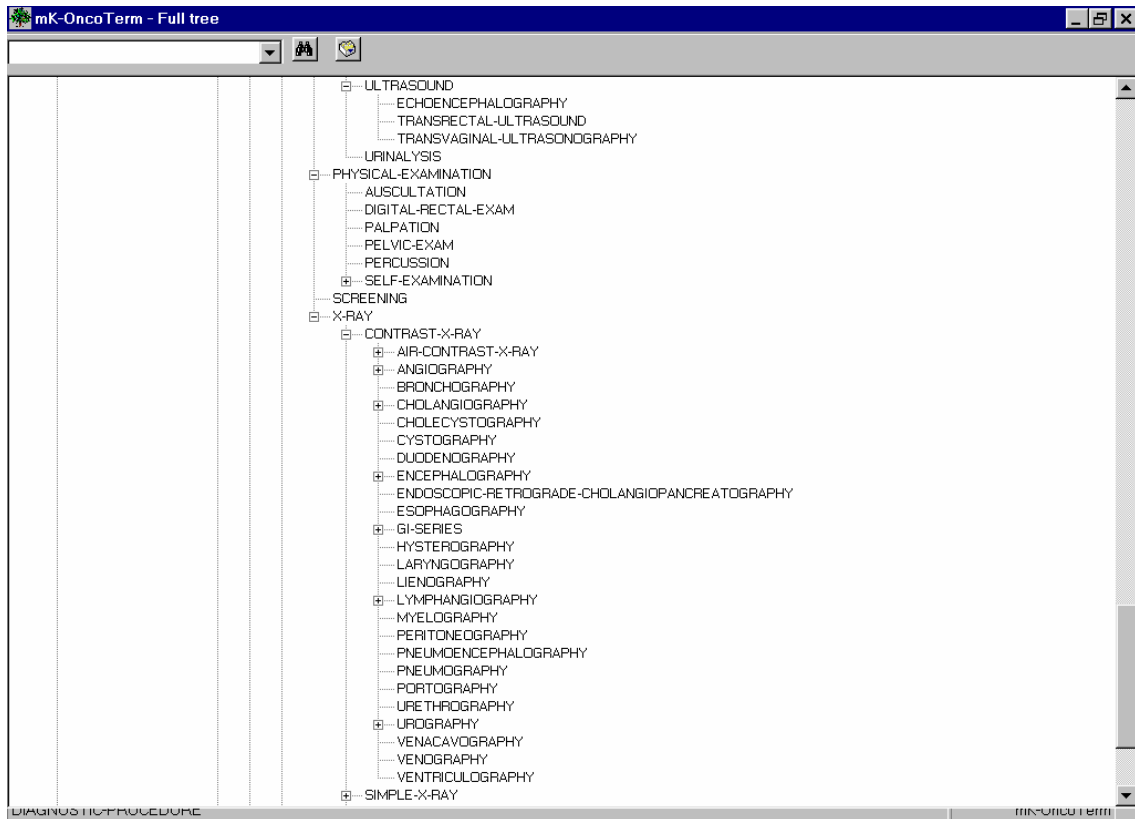


Fig. 6.10: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (V).

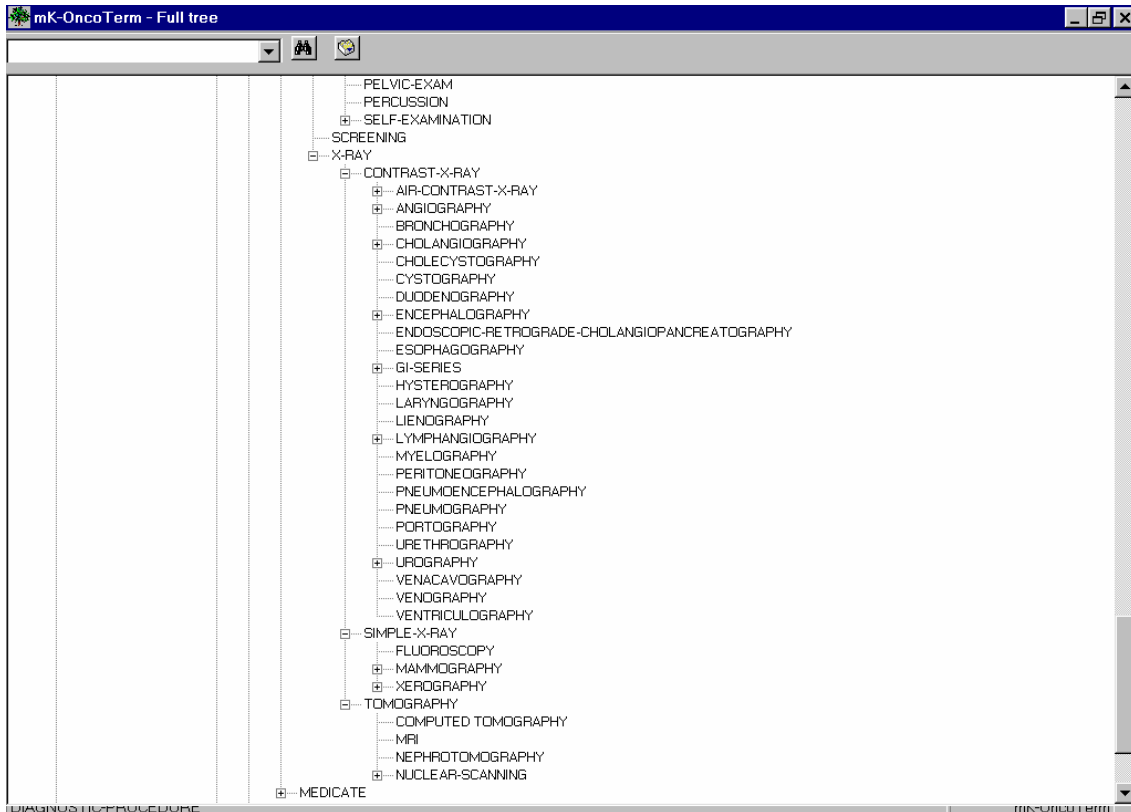


Fig. 6.11: Archilexemas de *Diagnostic Procedure* y sus conceptos específicos (VI).

En el siguiente apartado ofreceremos una descripción del concepto *endoscopia*, un tipo de *procedimiento diagnóstico invasivo*, elegido para demostrar la viabilidad de nuestro modelo de definición variable. El área de la *endoscopia* se presta, en nuestra opinión, especialmente a este análisis por dos razones:

- en primer lugar, se trata de un concepto que, a su vez, constituye un subcampo amplio dentro del campo del *procedimiento diagnóstico*, del que surgen numerosos conceptos específicos, y
- en segundo lugar, comparado con otras pruebas cuyo significado solamente conocen los expertos, la *endoscopia* resulta ser una técnica de diagnóstico relativamente conocida para el público en general no experto.



### 6.3. Esquema categorial de *endoscopia*

Antes de entrar en la estructura de la definición del concepto *endoscopia*, retomaremos el esquema base de cualquier definición perteneciente a la macrocategoría *procedimiento diagnóstico*. Cada una de ellas se fundamenta, como sabemos (capítulo 2), en una serie de relaciones o *templates* que aparecen en la siguiente tabla:

<p><b><u>PROCEDIMIENTO</u></b> <b><u>DIAGNÓSTICO:</u></b></p> <p>(TIPO-DE) (LUGAR) (INSTRUMENTO) (FUNCIÓN) (PROCESO)</p>
--

Tabla 6.2: Esquema de la categoría *procedimiento diagnóstico* (Faber et al. 2001a).

A través del metalenguaje presente en este esquema se transmite al constructor de las definiciones de la base de datos terminológica cuál es la información semántica necesaria y suficiente para el usuario abstracto aún sin definir. Se incluirán datos respecto al tipo de prueba diagnóstica, la parte afectada del cuerpo, el instrumento con el que se realiza la intervención, el tipo de cáncer que se pretende diagnosticar y de qué forma se desarrolla la prueba.

Con el conjunto de estas informaciones pasamos a la construcción de la definición básica de *endoscopia* en la que se observa que faltan datos si pensamos en el usuario concreto, sobre todo no especialista:

#### ENDOSCOPIA

<b>tipo-de</b>	Procedimiento diagnóstico invasivo (TÓPICO)
<b>lugar</b>	realizado en una parte del cuerpo (TÓPICO)
<b>instrumento</b>	por medio de un endoscopio flexible o rígido (FOCO)
<b>función</b>	para la detección de un tumor (TÓPICO).
<b>proceso</b>	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia. (TÓPICO)

Tabla 6.3: Esquema categorial de *endoscopia*. Información semántica básica.

En la siguiente definición se incluyen las respuestas a las posibles preguntas de los usuarios no especialistas o pacientes arriba planteadas (capítulo 5), preguntas que surgen principalmente de la conjunción de dos factores que son:

- ✚ el hecho de tratarse, en el caso del paciente, del afectado por una enfermedad tal vez grave con consecuencias importantes para él y su familia y
- ✚ la falta de conocimientos previos suficientes para poder afrontar la nueva situación, es decir, la comprensión y asimilación de todos los datos respecto a su estado de salud y las pruebas diagnósticas que quizás tenga que soportar.

También aparecen datos pragmáticos que puedan ser de interés para el profesional de la salud, tal y como descubrimos durante los análisis reflejados en el capítulo 5. En la siguiente tabla, se muestran los factores pragmáticos, todavía sin adjudicar a ningún receptor concreto:

ENDOSCOPIA

<b>tipo-de lugar instrumento función proceso factores pragmáticos (según receptor)</b>	Procedimiento diagnóstico invasivo. (tópico) Realizado en una parte del cuerpo. (tópico) Por medio de un endoscopio flexible o rígido. Para la detección de un tumor. (tópico) Toma de muestra de tejido para una biopsia. (a) anestesia local o general / sedación (b) con o sin riesgo / peligro (c) con o sin dolor (d) con o sin molestias (e) duración (f) fiabilidad (g) preparación de la prueba (h) complicaciones (i) técnica sustituida
--	--

Tabla 6.4: Esquema categorial de *endoscopia* con factores pragmáticos.

Como se puede apreciar, el esquema de la definición refleja una serie de informaciones pragmáticas que tendrán que ser activadas según el perfil de cada receptor. La información presupuesta, es decir, el hecho de que la endoscopia es un TIPO\_DE un procedimiento diagnóstico invasivo, está marcada como tópico; lo mismo ocurre con los parámetros de LUGAR y FUNCIÓN, heredadas del concepto genérico (apartado 2.4.2).

Los demás datos están focalizados, pero sólo se activan en el momento de concordar con las necesidades de un usuario concreto de la definición y según el tipo concreto de endoscopia.

La siguiente tabla muestra una definición pragmática destinada al paciente u otras personas legas, que nos servirá como esquema base para la construcción de las definiciones de todos los conceptos de la categoría *endoscopia*, de forma contrastiva en lengua española y alemana para los receptores legos.

Endoscopia		Spiegelung	
<b>tipo-de</b>	Método de exploración (TÓPICO)	<b>Typ</b>	Untersuchungsmethode (TÓPICO), bei der eine Stelle des Körpers mit einem Spiegel, der biegsam (wie ein Schlauch) oder starr ist, (FOCO) untersucht wird,
<b>lugar</b>	que se realiza en una parte del cuerpo (TÓPICO)	<b>Region</b>	
<b>instrumento</b>	con un aparato (endoscopio) flexible o rígido (FOCO)	<b>Instrument</b>	
<b>función</b>	para averiguar si hay un cáncer. (TÓPICO)	<b>Funktion</b>	um festzustellen, ob eine Krebserkrankung vorliegt (TÓPICO).
<b>proceso</b>	Se pueden tomar muestras para analizarlas en el microscopio (FOCO).	<b>Prozess</b>	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter einem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (FOCO).
<b>factores pragmáticos (según receptor)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. anestesia local o general (FOCO)</li> <li>2. sedación (FOCO)</li> <li>3. riesgo / peligro (FOCO)</li> <li>4. dolor (FOCO)</li> <li>5. molestias (FOCO)</li> <li>6. duración (FOCO)</li> <li>7. fiabilidad (grado) (FOCO)</li> <li>8. preparación de la prueba (FOCO)</li> </ol>	<b>pragmatische Information (empfänger-abhängig)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. örtliche Betäubung oder Vollnarkose (FOCO)</li> <li>2. Sedierung (FOCO)</li> <li>3. Risiko / Gefahr (FOCO)</li> <li>4. Schmerzen (FOCO)</li> <li>5. Unannehmlichkeit (FOCO)</li> <li>6. Dauer (FOCO)</li> <li>7. Zuverlässigkeit (FOCO)</li> <li>8. Vorbereitung (FOCO)</li> </ol>

Tabla 6.5: Esquema para una definición pragmática de *endoscopia* / *Endoskopie*, dirigida al no especialista.

Además de las relaciones semánticas del esquema (TIPO\_DE, LUGAR, INSTRUMENTO, FUNCIÓN y PROCESO), resalta una serie de diferentes informaciones pragmáticas, activables en ambas lenguas. El perfil del usuario de la definición y sus necesidades concretas en tanto que profesional de la salud o paciente / familiar / persona interesada en el tema y el tipo textual – en este caso la definición pragmática de *OncoTerm* –, condicionan, conjuntamente con los rasgos semánticos del subcampo reflejados en el concepto en cuestión (apartado 2.4.1), la activación o no activación de estos datos pragmáticos. Dicha interrelación no solamente afecta al tipo o

cantidad de información, sino también al lenguaje elegido para transmitir dicha información, que, por supuesto, incluye la variación terminológica, tal como hemos observado a lo largo de los análisis realizados con los *corpora* (capítulo 5). Son estos dos aspectos (tipo de información y lenguaje controlado / variación) los niveles donde se distinguirán ante todo las dos formas de definición (paciente y profesional de la salud) que trataremos más adelante.

Para poder construir las definiciones de los conceptos pertenecientes al subcampo de la *endoscopia* necesitamos conocer previamente la estructura conceptual del mismo. Sólo entonces es posible establecer las relaciones entre los conceptos que componen dicho ámbito específico.

#### **6.4. La categoría *endoscopia***

A continuación, mostraremos, en primer lugar, la estructura conceptual de ENDOSCOPIA como parte de la macrocategoría PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO del árbol de *OntoTerm<sup>TM</sup>* y, en segundo lugar, una estructura de la categoría ENDOSCOPIA donde incluimos, de forma explícita, las relaciones más relevantes – jerárquicas y no jerárquicas – que aparecen entre los conceptos.

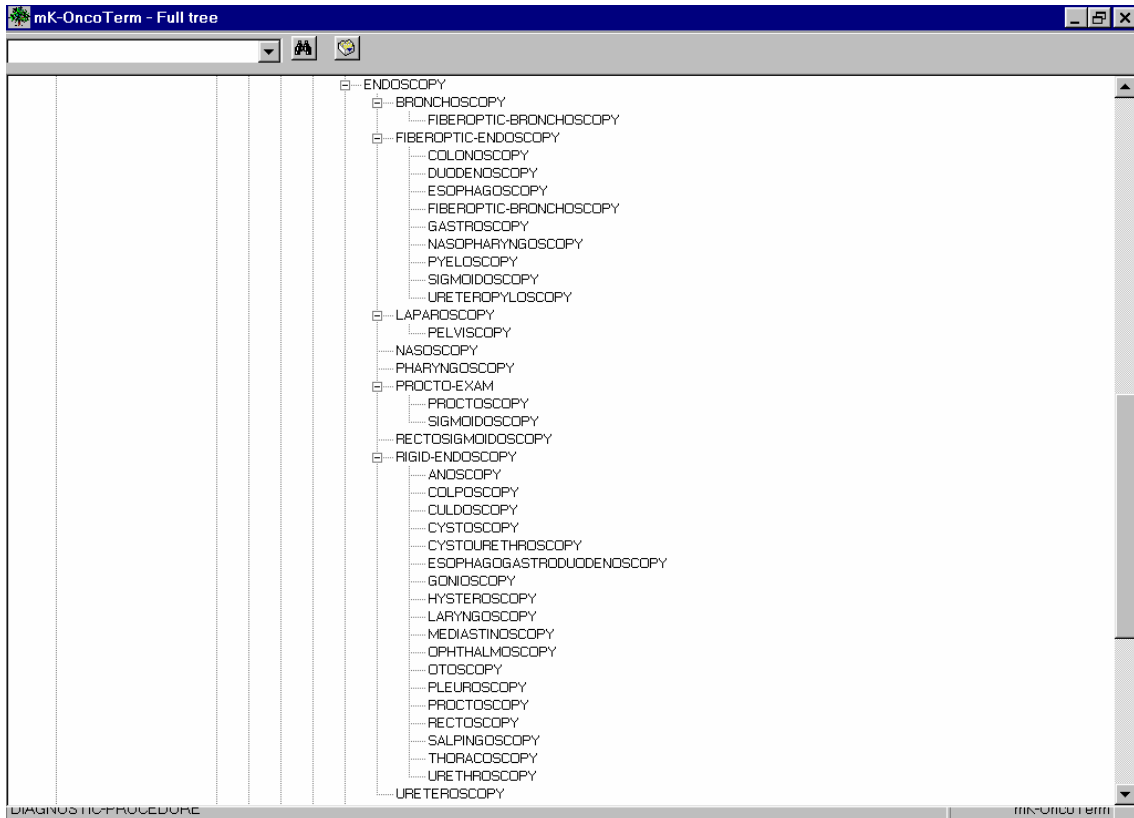


Fig. 6.12: Estructura de *endoscopia* del árbol de la ontología de *OncoTerm*.

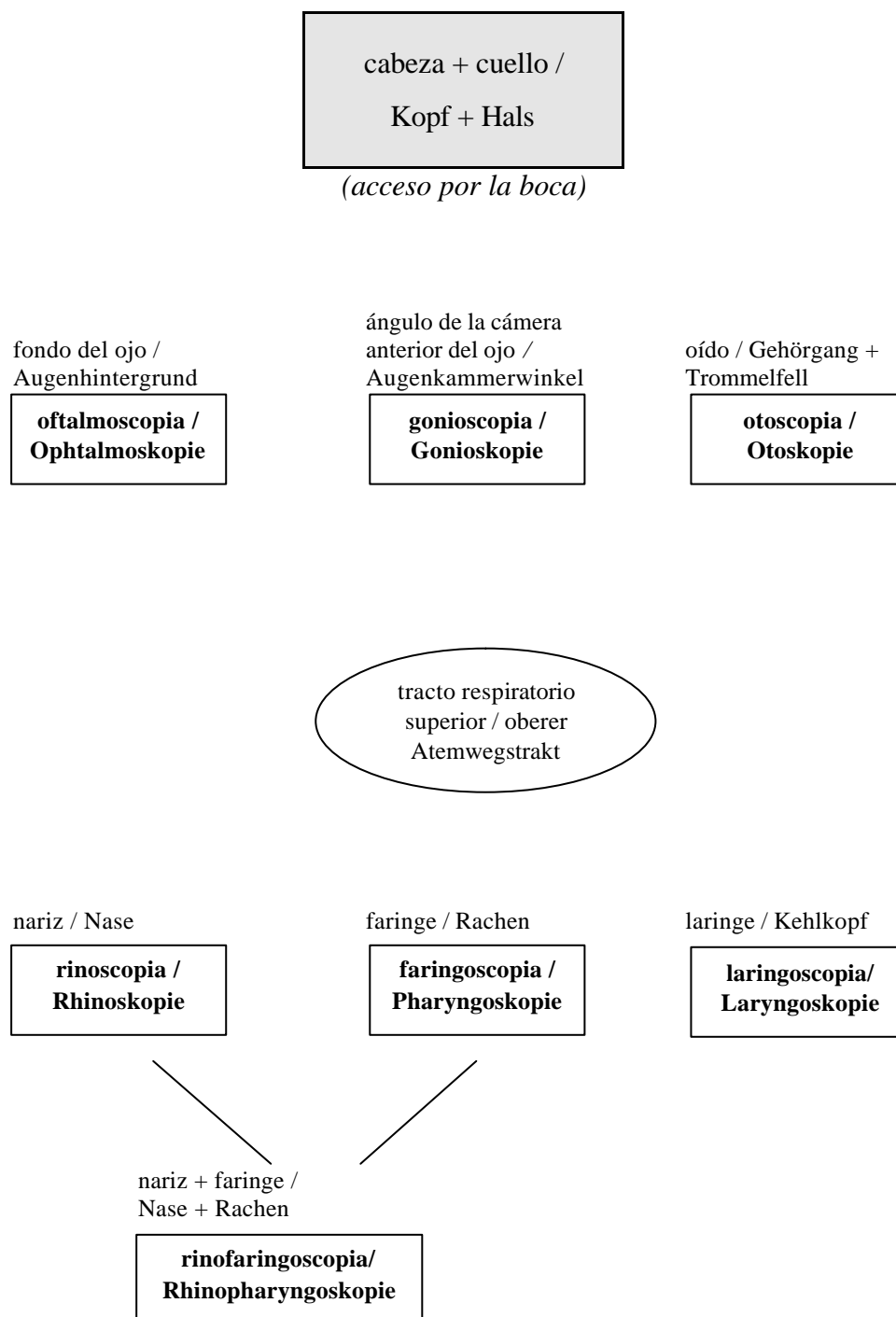
Se pueden observar los conceptos que, a su vez, son genéricos de otros conceptos específicos como por ejemplo *broncoscopy*, *fiberoptic endoscopy* o *rigid endoscopy*, por una parte, y conceptos de los que no parte ningún otro como *pharyngoscopy* o *ureteroscopy*, por otra, todos unidos por la relación TIPO\_DE. Para descubrir las demás relaciones entre los conceptos, sin embargo, hay que consultar cada concepto de forma individual en la ontología.

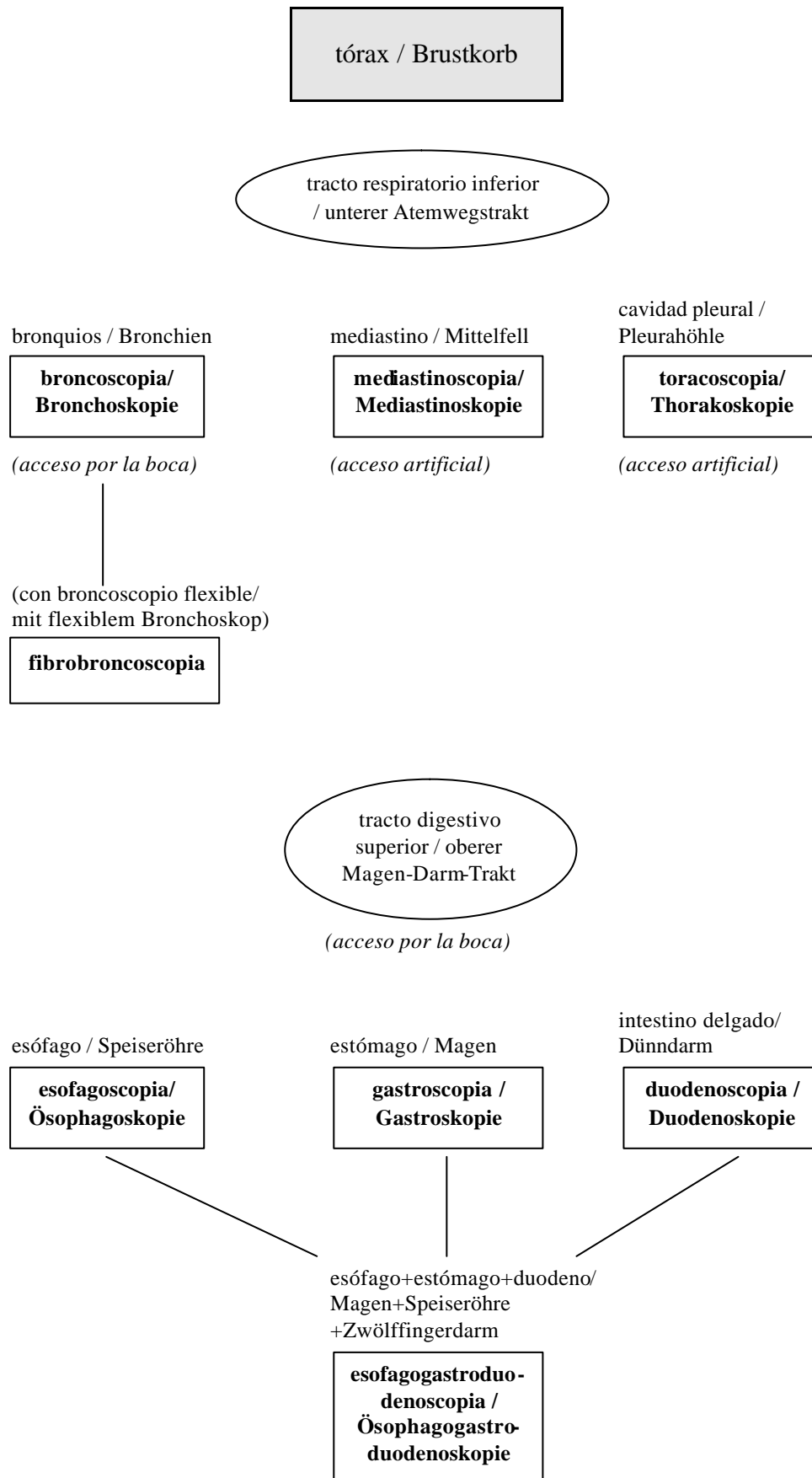
En la siguiente figura aparecen los conceptos de *endoscopia* clasificados según los tres criterios más significativos que se pudieron observar en los *corpora* y que han sido confirmados por los especialistas:

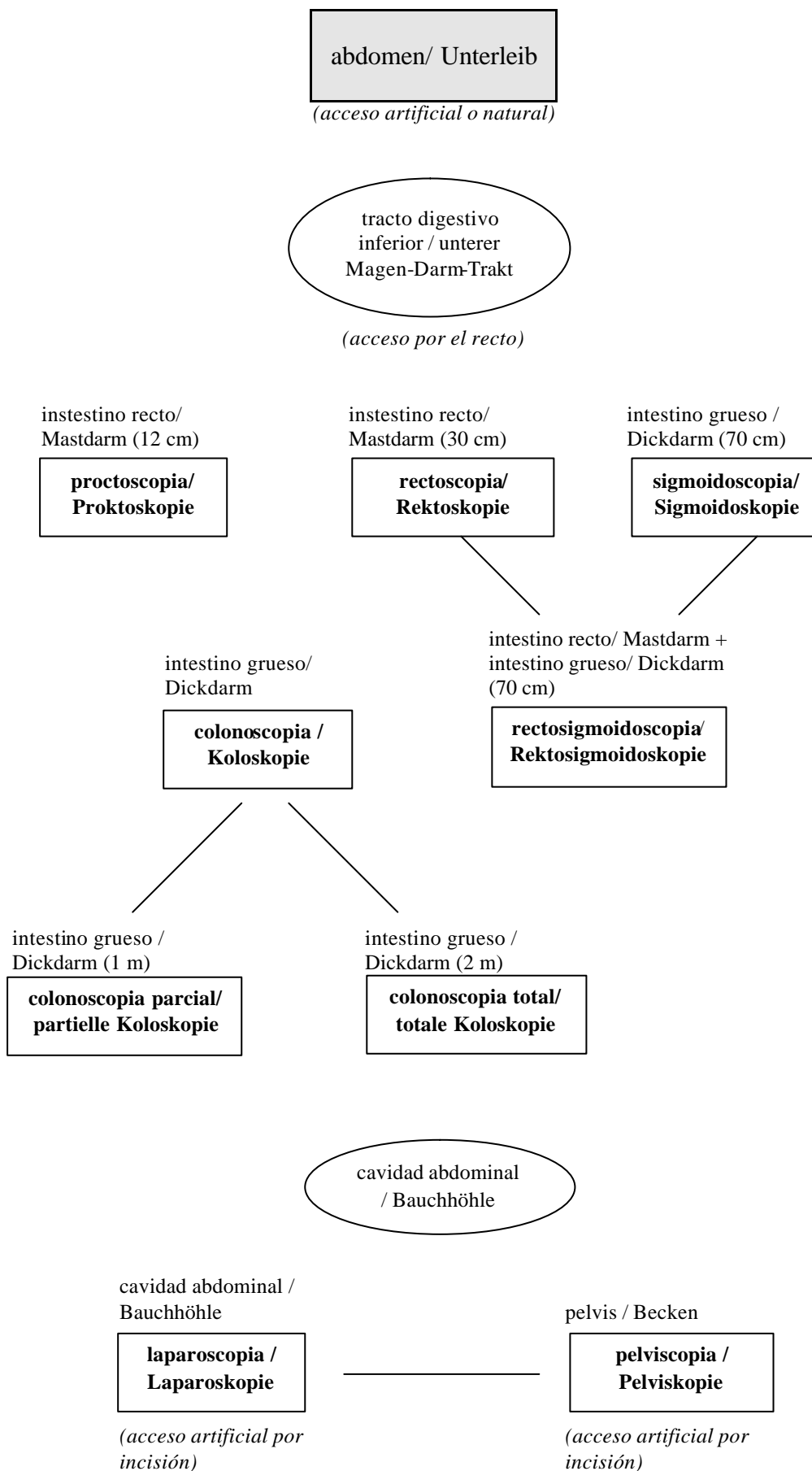
- 1) el de la *parte del cuerpo afectada*
- 2) el del *instrumento utilizado*
- 3) el del *tipo de acceso* al interior del cuerpo

## **ENDOSCOPIA**

(según la parte del cuerpo afectada, el acceso a la parte afectada – natural o artificial – y el tipo de instrumento utilizado)









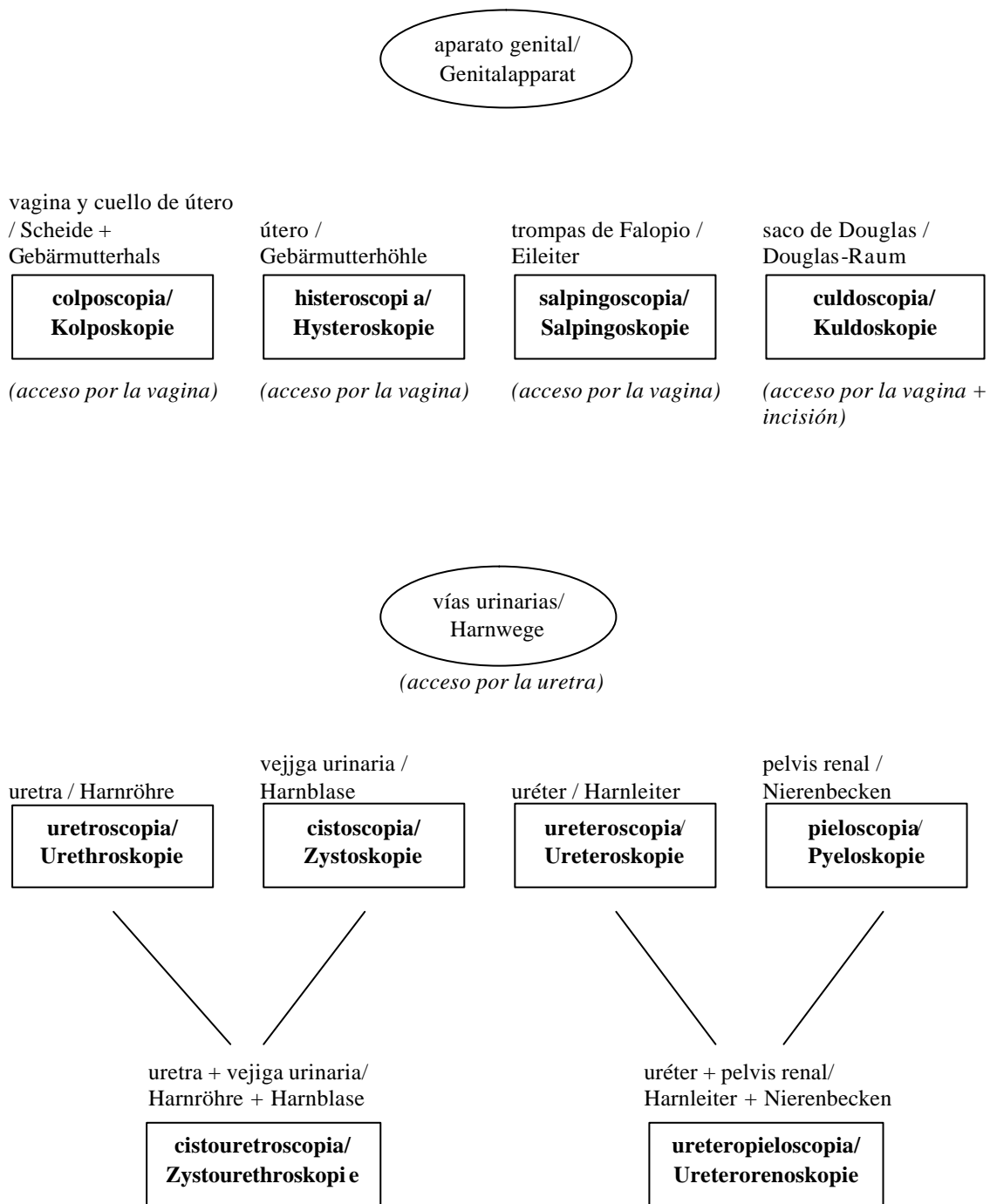


Fig. 6.13: Sistema conceptual de *endoscopia*.

La estructura conceptual de *endoscopia* aquí reflejada no pretende englobar la totalidad de las técnicas endoscópicas existentes en relación con el diagnóstico de algún tumor. Muestra las pruebas más utilizadas según los especialistas y que, de alguna forma, se encuentran reflejadas en nuestro corpus. De acuerdo con las informaciones facilitadas por el especialista y, parcialmente, por el corpus, las técnicas aparecen clasificadas, como hemos mencionado antes, según distintos criterios que son el lugar o sistema afectado del cuerpo, el instrumento que se utiliza durante la intervención y la vía de acceso para llegar al interior del cuerpo que puede ser natural o artificial, es decir, mediante una pequeña incisión.

En la figura resaltan cinco técnicas que se diferencian de las demás por mostrar otras relaciones aparte de las tres más importantes que acabamos de describir.

El segundo concepto que destaca por el tipo de relación que le une con otros conceptos de su campo es *esofagogastroduodenoscopia*. En la imagen se ve que este tipo de endoscopia está compuesto por tres conceptos – *esofagoscopia*, *gastroscopia* y *duodenoscopia* – que cada uno aparece por sí solo en el mapa conceptual de *endoscopia*, de forma individual y entrelazado con los demás. Estas tres técnicas, una vez integradas en el macroconcepto de *esofagogastroduodenoscopia*, se convierten en fases de una sola técnica.

En el caso del método diagnóstico de la *nasofaringoscopia*, *rectosigmoidoscopia*, *cistouretroscopia* y *ureteropieloscopia* ocurre algo parecido; se trata de técnicas endoscópicas mediante las cuales se pueden examinar dos órganos del cuerpo: la nariz y la faringe, el recto y el sigmoide, la uretra y la vejiga urinaria y el uréter y la pelvis renal, respectivamente; es decir, dichas pruebas unen tanto la *rinoscopia* y la *faringoscopia*, en el primer caso, o la *ureteroscopia* y la *pieloscopia*, en el último caso, en una sola intervención. En lo que respecta a la *cistouretroscopia*, por ejemplo, parece obvio que para una inspección de la vejiga urinaria por sospecha de cáncer no se realice únicamente una *cistoscopia*, sino al mismo tiempo una *uretroscopia*, ya que el instrumento tiene que ser introducido necesariamente a través de la uretra; la vía de acceso ofrece, pues, la posibilidad de una ampliación del examen previsto lo que lleva al médico a realizar en muchos casos una *cistouretroscopia*, o una *ureteropieloscopia* en vez de una *pieloscopia*.

En el siguiente apartado aplicaremos nuestro modelo de definición a todos los conceptos que forman parte de categoría *endoscopia* (véase figura 6.13). A tal efecto,

recurriremos previamente a las estructuras de la definición variable desarrolladas más arriba (apartados 2.4.2 y 5.3).

### **6.5. Modelación del conocimiento especializado aplicado a la categoría *endoscopia***

Al tratarse de un estudio contrastivo bilingüe, utilizaremos cuatro esquemas, esto es, el modelo que contiene la información para el especialista, por un lado, y el modelo con la información para el no especialista o paciente, por otro, los dos en ambas lenguas. Para la creación de nuestro modelo de definición dinámica o variable, se parte del hecho de que esa definición es en realidad un mensaje que se actualiza mediante un texto que necesariamente se encuentra enmarcado en una situación comunicativa concreta y se realiza en un acto de comunicación también concreto. En este acto de comunicación definido, los receptores – el especialista o el paciente – reciben la información que necesiten o requieran al activarla en nuestra base de datos terminológica. Coincidimos plenamente con García de Quesada et al. (2002) cuando dicen que la definición ha de ajustarse a las necesidades del usuario:

La definición cuenta con una estructura dinámica que se ajusta en cada momento a las distintas necesidades del usuario potencial. Aunque la definición de una unidad léxica pueda variar según el usuario que ha activado la búsqueda, siempre se establecerá según el patrón existente de la categoría conceptual en cuestión (García de Quesada et al. 2002: 83-84).

Estos autores siguen las propuestas de Faber et al. (Grupo de Investigación OncoTerm 2002) donde se crea un patrón conceptual para las distintas categorías del evento oncológico. De hecho, en esta tesis, recogemos el mismo patrón donde se incluyen los datos relevantes según el tipo de receptor que se acerque a ellos.

En este sentido y de acuerdo con los análisis y resultados obtenidos en el capítulo 5, habrá que ofrecer determinadas informaciones pragmáticas tanto para el paciente como para el médico. A continuación, se ofrece un ejemplo donde la definición se adapta a los dos grupos de receptores: el profesional de la salud (tabla 6.5) y el paciente (tabla 6.6):

PROFESIONALES DE LA SALUD			
Endoscopia		Endoskopie	
<b>tipo_de</b>	Procedimiento diagnóstico invasivo (TÓPICO)	<b>Typ</b>	invasives diagnostisches Verfahren (TÓPICO),
<b>lugar</b>	realizado en una parte del cuerpo (TÓPICO) por	<b>Region</b>	bei dem eine Körperregion (TÓPICO) mittels eines
<b>instrumento</b>	medio de un endoscopio flexible o rígido (FOCO)	<b>Instrument</b>	schlauchartig biegsamen oder starren Endoskops (FOCO) zur
<b>función</b>	para la detección de un tumor (TÓPICO). Se	<b>Funktion</b>	Diagnostik von Krebserkrankungen untersucht wird (TÓPICO). Möglichkeit der
<b>proceso</b>	pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (FOCO).	<b>Prozess</b>	Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (FOCO).
<b>información pragmática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ anestesia (FOCO)</li> <li>+ sedación (FOCO)</li> <li>+ duración (FOCO)</li> <li>+ fiabilidad (FOCO)</li> <li>+ complicaciones (FOCO)</li> <li>+ técnica sustituida</li> </ul>	<b>pragmatische Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Anästhesie / Narkose (FOCO)</li> <li>+ Sedierung (FOCO)</li> <li>+ Dauer (FOCO)</li> <li>+ Zuverlässigkeit (FOCO)</li> <li>+ Komplikationen (FOCO)</li> <li>+ ersetzte Technik</li> </ul>

Tabla 6.6: Esquema para la definición pragmática de ENDOSCOPIA / ENDOSKOPIE. Información destinada al médico.

PACIENTES Y FAMILIARES			
Endoscopia		Spiegelung	
<b>tipo-de</b>	Método de exploración (TÓPICO) que se realiza en una parte del cuerpo (TOP)	<b>Typ</b>	Untersuchungsmethode (TÓPICO), bei der eine Stelle des Körpers (TÓPICO) mit einem Spiegel, der biegsam (wie ein Schlauch) oder starr ist (FOCO), untersucht wird, um festzustellen, ob eine Krebserkrankung vorliegt (TÓPICO). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter einem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (FOCO).
<b>lugar</b>	con un aparato (endoscopio) flexible o rígido (FOCO)	<b>Region</b>	
<b>instrumento</b>	para averiguar si hay un cáncer (TÓPICO).	<b>Instrument</b>	
<b>función</b>	Se pueden tomar muestras para analizarlas en el microscópico (FOCO).	<b>Funktion</b>	
<b>proceso</b>		<b>Prozess</b>	
<b>información pragmática (según receptor)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ anestesia local o general (FOCO)</li> <li>+ sedación (FOCO)</li> <li>+ riesgo / peligro (FOCO)</li> <li>+ dolor (FOCO)</li> <li>+ molestias (FOCO)</li> <li>+ duración (FOCO)</li> <li>+ fiabilidad (grado) (FOCO)</li> <li>+ preparación previa</li> </ul>	<b>pragmatische Information (empfänger-abhängig)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ örtliche Betäubung oder Vollnarkose (FOCO)</li> <li>+ Sedierung (FOCO)</li> <li>+ Risiko / Gefahr (FOCO)</li> <li>+ Schmerzen (FOCO)</li> <li>+ Unannehmlichkeit (FOCO)</li> <li>+ Dauer (FOCO)</li> <li>+ Zuverlässigkeit (FOCO)</li> <li>+ Vorbereitung</li> </ul>

Tabla 6.7: Esquema para la definición pragmática de ENDOSCOPIA / ENDOSKOPIE. Información destinada al paciente.

Al activar el texto que define un concepto en la ontología de *OncoTerm* – en este caso se trata de la categoría *endoscopia* – no aparece de forma automática el área completa, es decir, el sistema conceptual, en cambio, sí el concepto genérico o padre del concepto buscado. La figura 6.14 muestra la imagen del editor de *OntoTerm<sup>TM</sup>* con la definición de *endoscopy* y el concepto superordinado (*IS-A*), *invasive diagnostic test*:

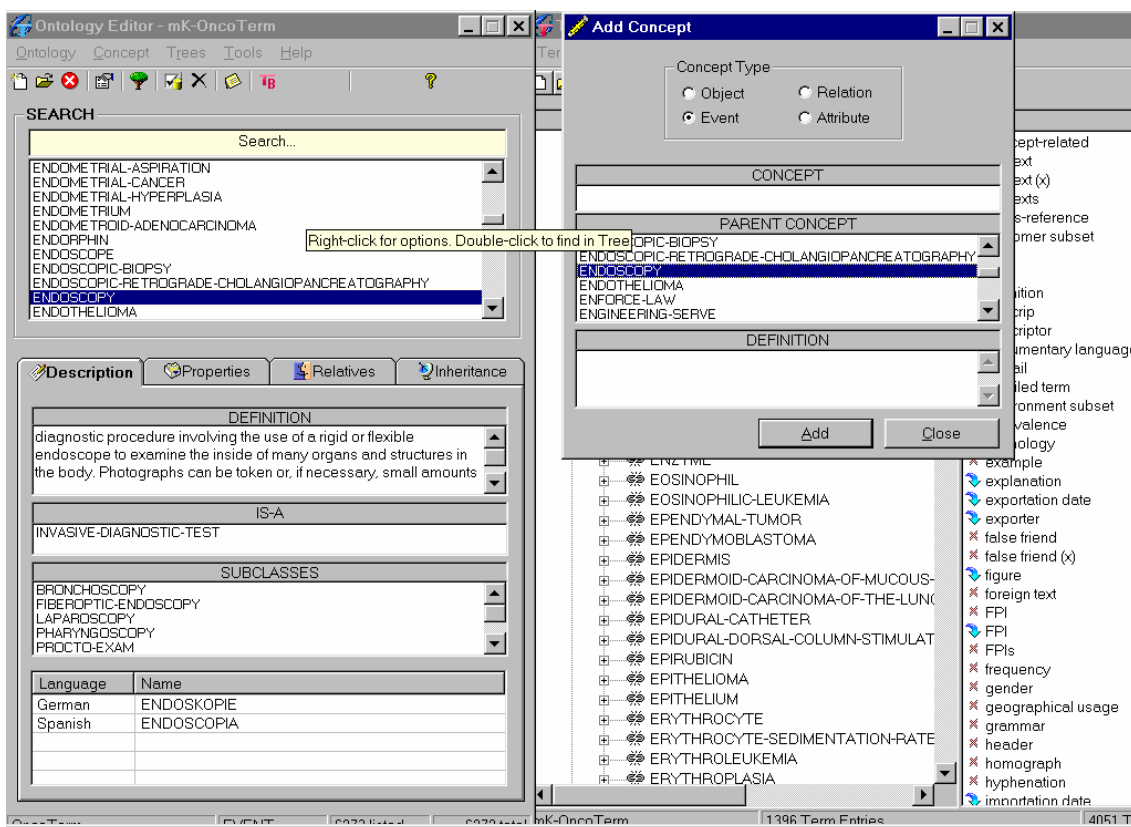


Fig. 6.14: Imagen del editor de *OntoTerm* con la definición y el concepto genérico de *endoscopy*.

Los textos incluidos en las estructuras de las definiciones por supuesto no se basan en una elección aleatoria, sino en búsquedas realizadas previamente en los *corpora* y los resultados obtenidos gracias a dichos análisis (capítulo 5). Los resultados abarcan los conceptos pertenecientes a la subcategoría *endoscopia*, acompañados por definiciones pragmáticas variables que se han elaborado con el propósito de dar realmente cuenta de la variación terminológica en los casos donde exista, así como de la información pragmática extraída de los *corpora* dirigidos tanto a pacientes como a los profesionales de la salud.

Como hemos mencionado con anterioridad, mostraremos, después de la presentación de cada definición, una tabla en la que aparecerá el metalenguaje controlado (cap. 4) en torno a los datos pragmáticos del concepto que ha sido definido previamente. Dicho metalenguaje se considera controlado y restringido por las siguientes razones:

- ✚ Se puede considerar un lenguaje controlado y restringido dado que corresponde a los resultados obtenidos en los análisis del capítulo 5, de modo que se trata de un lenguaje real utilizado por los especialistas en un acto de comunicación concreto con receptores concretos – sean éstos profesionales de la salud o usuarios legos (pacientes, familiares o demás personas interesadas no especialistas). De hecho, el lenguaje reflejado se restringe a un determinado grupo de receptores.
- ✚ Se considera un lenguaje controlado y restringido dado que se especifica según el nivel de abstracción y dificultad que éste presente, sobre todo en el caso de que se hayan extraído del corpus más de una opción para un determinado factor pragmático.
- ✚ Como último aspecto es preciso mencionar también el control por parte de los especialistas, consejeros nuestros en más de una ocasión.

A continuación, mostraremos las definiciones según el orden en el que aparecen los conceptos en el sistema conceptual que hemos ofrecido más arriba (figura 6.12), con indicación de los dos criterios de clasificación más importantes que resultan ser *la parte del cuerpo afectada* y *la vía de acceso a la parte afectada*.

El conjunto de los datos comprendidos en las tablas de las definiciones se basará tanto en los resultados de los análisis del corpus y demás fuentes, como manuales o diccionarios especializados como en las informaciones facilitadas por los especialistas.

A cada esquema de definición le sigue una tabla en la que se especifica, en primer lugar, la variación denominativa del concepto objeto de la definición, en el caso de la definición para el paciente y familiar. Lamentablemente de algunos términos no se encontraron variantes en el corpus. En segundo lugar, se ofrece, tal como hemos apuntado con anterioridad, el metalenguaje en torno a los datos pragmáticos del método de diagnóstico definido previamente. Dicho metalenguaje se muestra tanto para el receptor lego, como para el profesional de la salud en tanto que usuarios de la definición terminológica.

Abreviaturas utilizadas en las tablas:

INFO PRAGM	para <i>información pragmática (según receptor)</i>
PRAGM INFO	para <i>pragmatische Information (empfängerabhängig)</i>
INSTRUM	para <i>instrumento / Instrument</i>
TOP	para <i>tópico</i>
FOC	para <i>foco</i>

Tabla 6.8: Abreviaturas utilizadas en las definiciones.



cabeza + cuello / Kopf + Hals (acceso por la boca)

fondo del ojo / Augenhintergrund

**definición  
para médico**

**OFTALMOSCOPIA**

Oftalmoscopia		Ophthalmoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del fondo del ojo (FOC)	REGION	des Augenhintergrunds (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un oftalmoscopio (FOC)	INSTRUM	mittels eines Ophthalmoskops (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de enfermedades locales o sistémicas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, y valorar la hipertensión intracraneal (por ej. tumores cerebrales) (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik von Erkrankungen des Auges oder Allgemeiner-krankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder ein Gehirntumor (FOC).
PROCESO	Se aplican gotas dilatadoras (FOC).	PROZESS	Anwendung von Augentropfen zur Erweiterung der Pupillen (FOC)
INFO PRAGM	Duración: pocos min. (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Riesgo en pacientes con glaucoma de precipitar un ataque (FOC).	PRAGM INFO	Dauer: wenige Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Bei Patienten mit Gaukom Gefahr eines Anfalls (FOC).

Lenguaje controlado referido a OFTALMOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El examen dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p>COMPLICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones más frecuentes son ..</li> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind ...</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Oftalmoscopia		Spiegelung des Augenhintergrundes	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del fondo del ojo (FOC)	REGION	des Augenhintergrunds (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un espejo especial cóncavo, el oftalmoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem kleinen Konkavspiegel mit Durchbohrung im Zentrum (Ophthalmoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay enfermedades del ojo u otras como diabetes mellitus, hipertensión y tumor cerebral (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob eine Erkrankung der Augen oder eine Allgemeinerkrankung wie z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder ein Gehirntumor vorliegt (FOC).
PROCESO	Se aplican gotas dilatadoras (FOC).	PROCESO	Anwendung von Augentropfen zur Erweiterung der Pupillen (FOC).
INFO PRAGM	Sin anestesia (FOC). Riesgo de ataque en pacientes con glaucoma (FOC). Sin dolor (FOC). Molestias: ojos dilatados por varias horas (FOC). Duración: pocos min. (entre 3 a 10) (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Keine örtliche Betäubung (FOC). Bei Patienten mit Gaukom erhöhtes Risiko eines Anfalls (FOC). Ohne Schmerzen (FOC). Erweiterte Pupillen über mehrere Stunden (FOC). Dauer: wenige Min. (3-10) (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a OFTALMOSCOPIA para pacientes

ANESTESIA  SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia alguna y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieser Eingriff erfolgt ohne örtliche Betäubung (Lokalanästhesie).</li> <li>○ ...wird weder in Lokalanästhesie noch in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Für die Untersuchung wird kein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
RIESGO MOLESTIA DOLOR PELIGRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración no conlleva riesgos.</li> <li>○ Si se mueve el ojo puede deslumbrarse, situación molesta pero en ningún caso peligrosa.</li> <li>○ La prueba no es molesta.</li> <li>○ No sentirá dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist risikolos.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist völlig schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt keinen Schmerz.</li> </ul>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 10 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos diez minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre cinco y 10 minutos para completar el examen de ambos ojos correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf bis 10 Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Spiegelung des Augenhintergrunds stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sehr sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

cabeza + cuello / Kopf + Hals

*ángulo de la cámara anterior del ojo / Augenkammerwinkel*

**definición  
para médico**

**GONIOSCOPIA**

Gonioscopia		Gonioskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del ángulo de la cámara anterior del ojo (FOC)	REGION	des Kammerwinkels in der vorderen Augenkammer (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un endoscopio rígido, el gonioscopio (FOC).	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops (Gonioskop) und eines Spaltlampenmikroskops (FOC)
FUNCIÓN	Esta técnica se utiliza en el diagnóstico del glaucoma y del melanoma ocular (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik eines Glaukoms oder Augentumors (FOC).
PROCESO	Se aplican gotas dilatadoras (FOC).	PROZESS	Anwendung von Augentropfen zur Erweiterung der Pupillen (FOC).
INFO PRAGM	Duración: pocos min. (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Normalmente se realiza junto a la oftalmoscopia sin necesidad de contacto con el ojo (FOC).	PRAGM INFO	Dauer: wenige Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Normalerweise wird dieses Verfahren zusammen mit einer Ophthalmoskopie durchgeführt, wodurch der Kontakt mit dem Auge vermieden wird (FOC).

Lenguaje controlado referido a GONIOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El examen dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Gonioskopie erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Gonioscopia		Spiegelung des Augenkammerwinkels	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del ángulo de la cámara anterior del ojo (FOC)	REGION	des Augenkammerwinkels (FOC)
INSTRUM	que se realiza con una lámpara especial llamada gonioscopio (FOC).	INSTRUM	mit einer Speziallampe (Gonioskop) (FOC).
FUNCIÓN	Esta técnica se utiliza para averiguar si hay un tumor del ojo o un glaucoma (FOC).	FUNKTION	Diese Untersuchung wird bei Verdacht auf Augentumor oder ein Glaukom durchgeführt (FOC).
PROCESO	Se aplican gotas dilatadoras (FOC).	PROZESS	Anwendung von Augentropfen zur Erweiterung der Pupillen (FOC).
INFO PRAGM	Sin anestesia (FOC). Sin riesgo (FOC). Sin dolor (FOC). Molestias: ojos dilatados por varias horas (FOC). Duración: pocos min. (entre 3 a 10) (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Keine örtliche Betäubung (FOC). Kein Risiko (FOC). Ohne Schmerzen (FOC). Erweiterte Pupillen über mehrere Stunden (FOC). Dauer: wenige Min. (3-10) (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a GONIOSCOPIA  
para pacientes

<p>ANESTESIA</p> <p>SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia alguna y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieser Eingriff erfolgt ohne örtliche Betäubung (Lokalanästhesie).</li> <li>○ ...wird weder in Lokalanästhesie noch in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Für die Untersuchung wird kein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> <li>○ Erfolgt meist ohne Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
<p>RIESGO</p> <p>MOLESTIA</p> <p>DOLOR</p> <p>PELIGRO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración no conlleva riesgos.</li> <li>○ Si se mueve el ojo puede deslumbrarse, situación molesta pero en ningún caso peligrosa.</li> <li>○ La prueba no es molesta.</li> <li>○ No sentirá dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist risikolos.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist völlig schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt keinen Schmerz.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 10 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos diez minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre cinco y 10 minutos para completar el examen de ambos ojos correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf bis 10 Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Spiegelung des Augenkammerwinkels stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sehr sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



cabeza + cuello / Kopf + Hals

*oído / Gehörgang + Trommelfell*

**definición  
para médico**

**OTOSCOPIA**

Otoscopia		Otoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del conducto auditivo externo y de la membrana timpánica (FOC)	REGION	des äußeren Gehörgangs und des Trommelfells (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un otoscopio o una lente y un espéculo con una ampliación de 6 a 40 (FOC)	INSTRUM	mit dem Otoskop oder einem Ohnmikroskop mit separatem Ohrenspekulum (Ohrtrichter) bei 6- bis 40facher Vergrößerung (FOC).
PROCESO	lo que permite la observación a través de un monitor y la foto y videodocumentación (FOC). Se pueden obtener muestras para una biopsia (FOC).	PROZESS	Letzteres ermöglicht die Mitbeobachtung über einen Monitor und eine Foto- oder Videodokumentation (FOC). Möglichkeit einer Probeexzision (FOC).
FUNCIÓN	Esta técnica se utiliza para el diagnóstico de un tumor de los oídos y demás enfermedades del conducto auditivo externo y de la membrana timpánica (FOC).	FUNKTION	Diese Technik dient zur Diagnose des Ohrenkarzinoms sowie sonstiger Erkrankungen des äusseren Hörgangs und des Trommelfells (FOC).
INFO PRAGM	Duración: pocos min. (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Dauer: wenige Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

Lenguaje controlado referido a OTOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Otoscopia		Ohrenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del oído (FOC)	REGION	des äußeren Gehörgangs und des Trommelfells (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el otoscopio, o un espejo frontal con lupa (FOC).	INSTRUM	mit einem Otoskop oder einem Spezialspiegel und einer Lupe (FOC).
FUNCIÓN	Esta técnica sirve para la detección de un tumor de los oídos (FOC).	FUNKTION	Diese Technik dient zur Diagnose des Ohrenkarzinoms (FOC).
INFO PRAGM	Sin anestesia (FOC). Sin riesgo (FOC). Sin molestias o dolor (FOC). Duración: pocos min. (FOC). Prueba fiable (FOC).	PRAGM INFO	Keine örtliche Betäubung erforderlich (FOC). Kein Risiko (FOC). Ohne Schmerzen (FOC). Dauer: wenige Min. (FOC). Zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a OTOSCOPIA  
para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia alguna y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieser Eingriff erfolgt ohne örtliche Betäubung (Lokalanästhesie).</li> <li>○ ...wird weder in Lokalanästhesie noch in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Für die Untersuchung wird kein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> <li>○ Erfolgt ohne Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración no conlleva riesgos.</li> <li>○ La prueba no es molesta.</li> <li>○ Puede que sienta algo de presión, pero por lo general no sentirá dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist risikolos.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist völlig schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 5 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos cinco minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre tres y cinco minutos para completar el examen de ambos oídos correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Ohrenspiegelung stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

cabeza + cuello / Kopf + Hals

*tracto respiratorio alto / oberer Atemwegstrakt*

*nariz / Nase*

**definición  
para médico**

**RINOSCOPIA**

Rinoscopia		Rhinoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de las fosas nasales (FOC)	REGION	der Nasenhöhle (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un rinoscopio rígido o flexible (rinoscopia posterior) o un espéculo (rinoscopia anterior) (FOC)	INSTRUM +	mittels eines starren oder beweglichen Rhinoskops, das in den Nasenrachen eingeführt wird (hintere Rhinoskopie), oder eines in das Nasenloch eingeführten Nasenspekulums (vordere Rhinoskopie) (FOC).
FUNCIÓN	para el diagnóstico de un carcinoma de cavum (FOC).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
PROCESO	En la rinoscopia anterior, el espéculo se introduce por las aletas nasales, en la posterior se sitúa el rinoscopio por detrás del velo del paladar observando las fosas nasales desde el cavum y las coanas (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	FUNKTION	Diese Methode dient zur Diagnostik von Nasenhöhlemtumoren (FOC).
INFO PRAGM	La rinoscopia posterior precisa anestesia local en la faringe (FOC).  Duración: pocos min. (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Hintere Rhinoskopie erfolgt unter Lokalanästhesie des Rachenraums (FOC).  Dauer: wenige Min. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

Lenguaje controlado referido a RINOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p>ANESTESIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local.</li> <li>○ La rinoscopia posterior se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local en la faringe.</li> <li>○ Tras la administración de anestesia local, se introduce el rinoscopio...</li> <li>○ La rinoscopia posterior se realiza / se practica con / bajo anestesia local.</li> <li>○ Puede precisar anestesia local en la fosa nasal o en la faringe.</li> <li>○ Se indica efectuar una rinoscopia posterior bajo anestesia local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die hintere Rhinoskopie erfolgt in Oberflächenanästhesie des Rachenraums.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter lokaler Anästhesie.</li> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter hinterer Rhinoskopie ist ...</li> <li>○ Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme (hintere Rhinoskopie) unter Lokalanästhesie.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Rinoscopia		Nasenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de las fosas nasales (FOC)	REGION	der Nasenhöhle (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un rinoscopio (rinoscopia posterior) o espéculo (rinoscopia anterior) (FOC)	INSTRUM	mit einem Rhinoskop (hintere Nasenspiegelung) oder einem Nasenspekulum (vordere Nasenspiegelung) (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer nasal (FOC).	FUNKTION	um festzustellen, ob ein Nasentumor vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Anestesia local en la garganta para rinoscopia posterior (FOC). Sin riesgo (FOC). Con mínima molestia (FOC). Duración: pocos min. (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Hintere Nasenspiegelung unter örtlicher Betäubung des Rachens (FOC). Kein Risiko (FOC). Mit geringen Unannehmlichkeiten (FOC). Dauer: wenige Min. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a RINOSCOPIA para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La rinoscopia posterior se realiza con anestesia local en la faringe.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local..</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la faringe.</li> <li>○ ...poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta...</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hintere Nasenspiegelung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) des Rachens.</li> <li>○ Eventuell wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ ...wird in Lokalanästhesie des Rachens durchgeführt.</li> <li>○ Für die Untersuchung wird kein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> <li>○ Erfolgt ohne medikamentöse Sedierung.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración no conlleva riesgos.</li> <li>○ La prueba es algo molesta.</li> <li>○ Puede que sienta algo de presión, pero por lo general no sentirá dolor.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist risikolos.</li> <li>○ Die Methode bringt nur wenig Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter örtlicher Betäubung völlig schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 5 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos cinco minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre tres y cinco minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Nasenspiegelung stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



cabeza + cuello / Kopf + Hals

*tracto respiratorio alto / oberer Atemwegstrakt*

*faringe / Rachen*

**definición  
para médico**

**FARINGOSCOPIA**

Faringoscopia		Pharyngoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la faringe (FOC)	REGION	des Rachens (Pharynx) (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un faringoscopio (FOC)	INSTRUM	mittels eines Pharyngoskops (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de la faringe y enfermedades de la faringe (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik des Rachenkarzinoms oder sonstigen Erkrankungen des Rachens (FOC).
PROCESO	Un espejo con asa o un endoscopio rígido o flexible provisto de una fuente de luz se introduce por la boca o la nariz (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Die Untersuchung erfolgt durch Einführen eines gestielten Spiegels oder eines starren oder beweglichen, mit einer Lichtquelle ausgestatteten Endoskops in Mund oder Nase (FOC).  Gegebenenfalls mit Probeexzision (TOP).
INFO PRAGM	Eventualmente con anestesia local en la faringe (en caso de manipulación, p. ej. para eliminar raspa) (FOC).  Anestesia general para niños (FOC).  Duración: pocos min. (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Eventuell unter Lokalanästhesie des Rachenraums (z. B. Entfernen einer Fischgräte) (FOC).  Narkose bei Kindern (FOC).  Dauer: wenige Min. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

Lenguaje controlado referido a FARINGOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local.</li> <li>○ Tras la administración de anestesia local, se introduce el faringoscopio...</li> <li>○ Se puede realizar con anestesia local.</li> <li>○ Se indica efectuar el examen bajo anestesia local.</li> <li>○ Normalmente se practica bajo anestesia local.</li> <li>○ Se puede aplicar anestesia general.</li> <li>○ En niños se indica efectuar el examen bajo anestesia general.</li> <li>○ En niños se practica bajo anestesia general.</li> <li>○ La anestesia general es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan colaborar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Pharyngoskopie ist ...</li> <li>○ Die endoskopische Untersuchung erfolgt in Oberflächenanästhesie des Rachenraums.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in lokaler Anästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt eventuell unter lokaler Anästhesie, wenn nötig auch in Narkose.</li> <li>○ Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme unter Lokalanästhesie, bei Kindern auch in Narkose.</li> <li>○ Es wird lokal anästhesiert, bei Kindern erfolgt der Eingriff in Vollnarkose.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznaarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> <li>○ Die Untersuchung kann bei manchen Kindern Allgemeinnarkose erfordern.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones más frecuentes provienen de la anestesia general.</li> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ La anestesia general puede causar complicaciones.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Faringoscopia		Rachenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la faringe (FOC)	REGION	des Rachens (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el faringoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem röhren- oder spatelförmigen Instrument (Pharyngoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay un carcinoma de la faringe o alguna otra enfermedad de la faringe (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Rachenkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	<p>Eventualmente con anestesia local (p. ej. para quitar raspa) (FOC).</p> <p>Con anestesia general en el caso de niños (FOC).</p> <p>Riesgo propio de la anestesia general (FOC).</p> <p>Dura pocos min. (FOC).</p> <p>Prueba muy fiable (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Eventuell unter örtlicher Betäubung (z. B. zum Entfernen einer Fischgräte) (FOC).</p> <p>Vollnarkose bei Kindern (FOC).</p> <p>Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).</p> <p>Dauer: wenige Min. (FOC).</p> <p>Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a FARINGOSCOPIA para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta o con anestesia general (en el caso de niños).</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local o general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local o general..</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local o general.</li> <li>○ ...poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta...</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eventuell wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Erfolgt in der Regel nach einer örtlichen Betäubung und bei Kindern unter einer kurzzeitigen Vollnarkose.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) oder Vollnarkose (bei Kindern).</li> <li>○ Für die Untersuchung wird kein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 5 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos cinco minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre tres y cinco minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Rachenspiegelung stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

cabeza + cuello / Kopf + Hals

*tracto respiratorio alto / oberer Atemwegstrakt*

*nariz + faringe / Nase + Rachen*

**definición  
para médico**

**NASOFARINGOSCOPIA**

Nasofaringoscopia		Rhinopharyngoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la nariz y faringe (FOC)	REGION	des Nasenrachens (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un endoscopio flexible, el faringoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Pharyngoskops (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de la rinofaringe (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik des Nasenrachenkarzinoms (FOC).
PROCESO	Se realiza como nasofaringoscopia directa después de levantar el velo del paladar mediante un depresor o como nasofaringoscopia indirecta durante una rinoscopia (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Die Untersuchung erfolgt als direkte Epipharyngoskopie unter Anheben u. Vorziehen des Gaumensegels mittels Spatel, als indirekte Epipharyngoskopie anlässlich einer Rhinoskopie (FOC). Gegebenenfalls mit Probeexzision (TOP).
INFO PRAGM	Nasofaringoscopia posterior con anestesia local o general (FOC). Anestesia general en niños (FOC). Duración: pocos min. (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Lokalanästhesie od. Vollnarkose für hintere Rhinopharyngoskopie (FOC). Vollnarkose bei Kindern (FOC). Dauer: wenige Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a NASOFARINGOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local o general.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local.</li> <li>○ Tras la administración de anestesia local, se introduce el faringoscopio...</li> <li>○ Se puede realizar con anestesia local o general (sobre todo la rinoscopia posterior).</li> <li>○ Se indica efectuar el examen bajo anestesia local o general.</li> <li>○ Normalmente se practica bajo anestesia local.</li> <li>○ En niños se indica efectuar el examen bajo anestesia general.</li> <li>○ En niños se practica bajo anestesia general.</li> <li>○ La anestesia general es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan colaborar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Rhinopharyngoskopie ist ...</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter lokaler Anästhesie, wenn nötig auch in Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in lokaler Anästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme unter Lokalanästhesie, die hintere Rhinopharyngoskopie auch in Narkose (vor allem bei Kindern).</li> <li>○ Es wird lokal anästhesiert, die hintere Rhinopharyngoskopie erfolgt jedoch in Vollnarkose (vor allem bei Kindern).</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> <li>○ Die Untersuchung kann bei manchen Kindern Allgemeinnarkose erfordern.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente tres minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Nasofaringoscopia		Nasenrachenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la nariz y de la garganta (FOC)	REGION	des Nasenrachenraumes (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el faringoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem röhren- oder spatelförmigen Instrument (Pharyngoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de la nasofaringe (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Nasenrachenkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia local (FOC).</p> <p>Eventualmente con anestesia general (sobre todo en niños) (FOC).</p> <p>Riesgo propio de la anestesia general (FOC).</p> <p>Con molestias en la garganta (FOC).</p> <p>Duración: pocos min. (entre 3 a 10) (FOC).</p> <p>Prueba muy fiable (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter örtlicher Betäubung (FOC).</p> <p>Eventuell unter Vollnarkose (vor allem bei Kindern) (FOC).</p> <p>Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).</p> <p>Unangenehme Untersuchung (FOC).</p> <p>Dauer: wenige Min. (3-10) (FOC).</p> <p>Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a NASOFARINGOSCOPIA para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta o anestesia general (en niños).</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local o general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local o general..</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local o general.</li> <li>○ ...poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta...</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eventuell wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) des Rachens oder Vollnarkose (bei Kindern).</li> <li>○ Erfolgt in der Regel nach einer örtlichen Betäubung und bei Kindern unter einer kurzzeitigen Vollnarkose.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Erfolgt ohne Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a los 5 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos cinco minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre tres y cinco minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 3 und 10 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Nasenrachenspiegelung stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



cabeza + cuello / Kopf + Hals

*tracto respiratorio alto / oberer Atemwegstrakt*

*laringe / Kehlkopf*

**definición  
para médico**

**LARINGOSCOPIA**

Laringoscopia		Laryngoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la laringe (FOC)	REGION	des Larynx (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un espejulo o un laringoscopio (FOC)	INSTRUM	mit Hilfe eines Spiegels od. Laryngoskops (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de la laringe y enfermedades de las cuerdas vocales (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik des Larynxkarzinoms oder von Erkrankungen der Stimmbänder (FOC).
PROCESO	Un espejulo con asa (laringoscopia indirecta) o un laringoscopio rígido o flexible provisto de una fuente de luz (laringoscopia directa) se introduce por la boca o – sólo el flexible – por la nariz (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Die Untersuchung erfolgt durch Einführen eines gestielten Spiegels (indirekte Laryngoskopie) oder eines starren oder flexiblen, mit einer Lichtquelle ausgestatteten Laryngoskops (direkte Laryngoskopie) in Mund oder – nur das flexible – in Nase (FOC). Gegebenenfalls mit Probeexzision (TOP).
INFO PRAGM	La laringoscopia con laringoscopio rígido se realiza normalmente bajo anestesia general (FOC). Duración: varía (entre 15 y 30 min.) (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Riesgo de lesionar al paciente con espejo caliente (FOC).	PRAGM INFO	Die Laryngoskopie mit starrem Laryngoskop erfolgt normalerweise unter Vollnarkose (FOC). Dauer: 15 bis 30 Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Risiko der Verletzung des Patienten durch heissen Spiegel (FOC).

## Lenguaje controlado referido a LARINGOSCOPIA para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local o general.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local.</li> <li>○ Tras la administración de anestesia local, se introduce el laringoscopio...</li> <li>○ El examen se puede realizar con anestesia local o general (sobre todo en el caso de una laringoscopia rígida).</li> <li>○ Se indica efectuar el examen con laringoscopio rígido bajo anestesia general.</li> <li>○ La laringoscopia rígida se practica bajo anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Laryngoskopie ist ...</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter lokaler Anästhesie, wenn nötig auch in Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in lokaler Anästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme unter Lokalanaesthesie, bei Verwendung eines starren Laryngoskops auch in Narkose.</li> <li>○ Es wird lokal anästhesiert, die starre Laryngoskopie erfolgt jedoch in Vollnarkose.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de 15 a 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente una media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Laringoscopia		Kehlkopfspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la laringe (FOC)	REGION	des Kehlkopfs (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un espejo especial, el laringoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit Spiegeln od. einem röhren- oder spatelförmigen Instrument (Laryngoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de laringe (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Kehlkopfkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia local (FOC).</p> <p>Eventualmente con anestesia general (FOC).</p> <p>Riesgo propio de la anestesia general (FOC).</p> <p>Riesgo de lesiones cervicales (FOC).</p> <p>Con molestias en la garganta (FOC).</p> <p>Duración: varía (entre 15 y 30 min) (FOC).</p> <p>Prueba muy fiable (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter örtlicher Betäubung (FOC).</p> <p>Eventuell unter Vollnarkose (FOC).</p> <p>Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).</p> <p>Gefahr einer Genickverletzung (FOC).</p> <p>Unangenehme Untersuchung (FOC).</p> <p>Dauer: 15 bis 30 Min. (FOC).</p> <p>Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).</p>

Lenguaje controlado referido a LARINGOSCOPIA para pacientes

<p><b>VARIACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El especialista deslizará por la garganta un tubo que tiene una luz especial en un extremo y observará la laringe (laringoscopia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Untersuchung des Kehlkopfes mit Hilfe von Spiegeln (indirekte Kehlkopfspiegelung).</li> </ul>
<p><b>ANESTESIA</b> <b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local o general (sobre todo con niños).</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local o general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local o general.</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local o general.</li> <li>○ ...poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta.</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eventuell wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokal-anästhesie) oder Vollnarkose (vor allem bei Kindern).</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Eine genauere Untersuchung des Kehlkopfs wird in der Regel unter Narkose durchgeführt.</li> <li>○ Diese Methode (direkte Kehlkopfbetrachtung) wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Ohne Gabe eines sedierenden Medikaments.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b> <b>PELIGRO</b> <b>MOLESTIA</b> <b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva el riesgo de lesiones cervicales.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Es besteht das Risiko einer Genickverletzung.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 30 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 15 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur 15 Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Die Lupenkehlkopfspiegelung stellt die sicherste einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

tórax / Brustkorb

*tracto respiratorio bajo / unterer Atemwegstrakt*

*bronquios / Bronchien (acceso por la boca)*

**definición  
para médico**

**BRONCOSCOPIA**

Broncoscopia		Bronchoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de los bronquios gruesos (FOC)	REGION	des Bronchialsystems (FOC),
INSTRUM	realizada normalmente por medio de un broncoscopio flexible (fibrobroncoscopia) (FOC)	IINSTRUM	meistens mittels eines biegsamen Bronchoskops (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de un carcinoma de los bronquios (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik des Bronchialkarzinoms (FOC).
PROCESO	El broncoscopio es introducido por la boca o por una abertura traqueal (FOC).  Con el broncoscopio flexible se pueden examinar los bronquios pequeños de los lóbulos pulmonares (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Das Bronchoskop wird durch Mund oder Nase in die Luftröhre eingeführt und in die Bronchien vorgeschoben (FOC).  Mit biegsamen Instrumenten lassen sich auch die kleineren Bronchien der Lungenlappen untersuchen (FOC).  Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local y sedación (FOC).  Eventualmente con anestesia general (FOC).  Duración: varía (hasta 1 hora) (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie und Sedierung (FOC) .  Eventuell unter Vollnarkose (FOC).  Dauer: 30 bis 60 Min. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a BRONCOSCOPIA para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local y sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local y sedación o anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local y seadación o anestesia general.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia general.</li> <li>○ El examen se puede realizar con sedación o anestesia general (sobre todo en el caso de una broncoscopia rígida).</li> <li>○ En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con broncoscopio rígido y anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels, wenn nötig auch in Narkose.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie u. medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter starrer Bronchoskopie ist ...</li> <li>○ Die starre Bronchoskopie erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels oder in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente entre 30 y 60 min.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente una hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 a 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit kann bis zu einer Stunde betragen.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 30 und 60 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe bis eine Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Broncoscopia		Bronchienspiegelung	
TIP_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de los bronquios gruesos (FOC)	REGION	der Bronchien (FOC),
INSTRUM	con un instrumento especial, el broncoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit Spezial-Spiegel (Bronchoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay un carcinoma en los bronquios (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Tumor in den Bronchien vorliegt (FOC).
PROCESO	El broncoscopio es introducido por la boca o por la nariz hasta llegar a los bronquios (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch Mund oder Nase in die Luftröhre eingeführt und in die Bronchien vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC).  Eventualmente bajo anestesia general (FOC).  Riesgo propio de la anestesia general (FOC).  Con molestias en el pecho hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: hasta 1 hora (FOC).  Suele ser una prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung (FOC).  Eventuell unter Vollnarkose (FOC).  Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).  Geringe Schmerzen bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: bis zu 1 St. (FOC).  Normalerweise sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a BRONCOSCOPIA para pacientes

<p><b>VARIACIÓN</b></p>	<p>La broncoscopia consiste en introducir en las vías aéreas un tubo fino en cuyo extremo hay una luz especial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ihr Arzt will mit einem speziellen Instrument, einem sogenannten Bronchoskop, das den Rachen hinunter und in die Bronchien fährt, in Ihre Bronchien schauen.</li> <li>○ Die Bronchoskopie dient der Untersuchung der Atemwege, also der Luftröhre und der großen Abzweigungen (Bronchien).</li> <li>○ Die Luftröhre mit ihren Aufzweigungen kann ebenfalls endoskopisch untersucht werden, man spricht dann von einer Bronchoskopie.</li> <li>○ Lungenspiegelung (Bronchoskopie) Untersuchung der Lunge mit einem Endoskop.</li> <li>○ Bronchoskopie (endoskopische Untersuchung der Bronchien).</li> <li>○ Bronchoskopische Untersuchung.</li> </ul>
<p><b>ANESTESIA</b> <b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local o general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local o general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local o general.</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la garganta o anestesia general.</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta.</li> <li>○ La broncoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokal-anästhesie) oder Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird eventuell unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt üblicherweise in Narkose.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie des Rachens oder Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b> <b>PELIGRO</b> <b>MOLESTIA</b> <b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 30 y 60 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe bis eine Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur 30 Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



tórax / Brustkorb

*mediastino / Mittelfell (acceso artificial)*

**definición  
para médico**

**MEDIASTINOSCOPIA**

Mediastinoscopia		Mediastinoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del mediastino (FOC)	REGION	des vorderen oberen Mediastinums (FOC)
INSTRUM	realizada normalmente por medio de un endoscopio rígido (FOC)	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico del cáncer de pulmón, del linfoma o la sarcoidosis (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik von Mediastinaltumoren (Boeck-Krankheit, Bronchialkarzinom) (FOC).
PROCESO	El mediastinoscopio es introducido por una mínima incisión a nivel del hueco supraesternal (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Das Mediastinoskop wird über eine minimale Inzision über dem Jugulum ( <i>Spatium suprasternale</i> ) in das Mediastinum vorgeschoben (FOC). Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Duración: varía (unos 30 min.) (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Riesgo de lesiones en el mediastino provocadas por el tubo (FOC). Riesgo de infección provocada por la incisión (FOC).	PRAGM INFO	Unter Narkose (FOC). Dauer: etwa 30 Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Gefahr, dass Schlauch Verletzungen im Mediastinum verursacht (FOC). Risiko einer durch die Inzision verursachten Infektion (FOC).

Lenguaje controlado referido a MEDIASTINOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Mediastinoskopie ...</li> <li>○ Die Mediastinoskopie erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 y 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt etwa 30 Minuten.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Existe riesgo de infecciones en la incisión.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer infecciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für Infektionen an der Inzision.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Infektionsrisiko wegen Inzision.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Mediastinoscopia		Mittelfellspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del mediastino (FOC)	REGION	des mittleren Brustraums (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el mediastinoscopio (FOC),	IINSTRUM	bei der mit Spezial-Spiegel (Mediastinoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para averiguar si hay linfoma, cáncer de pulmón o sarcoidosis (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Tumor (Boeck-Krankheit, Bronchialkarzinom, Lymphom) vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por un corte pequeño (por encima del esternón) en el tórax hasta llegar al mediastino (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch einen kleinen Hautschnitt über dem Brustbein zum Mittelfell vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Bajo anestesia general (FOC).  Con riesgo propio de la anestesia general (FOC).  Riesgo de infección causada por el corte en la piel (FOC).  Con molestias en el pecho hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: varía (unos 30 min. (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC).  Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).  Infektionsrisiko, bedingt durch Hautschnitt (FOC).  Mit geringen Schmerzen bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: etwa 30 Min. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a MEDIASTINOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durch einen kleinen Schnitt über dem Brustbein wird ein Gerät mit einem optischen System in den mittleren Brustraum (Mediastinum) vorgeschoben (Mediastinoskopie).</li> </ul>	
<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ...</li> <li>○ Es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La mediastinoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<b>SEDACIÓN</b>		
<b>RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva riesgos de infección por el corte en la piel.</li> <li>○ Es una prueba desagradable que puede producir como complicación infecciones.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Durch den Eingriff kann es zu einer Infektion am Hautschnitt kommen.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<b>PELIGRO</b>		
<b>MOLESTIA</b>		
<b>DOLOR</b>		
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere unos 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert ungefähr 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur 30 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

tórax / Brustkorb

*cavidad pleural / Pleurahöhle (acceso artificial)*

**definición  
para médico**

**TORACOSCOPIA**

Toracoscopia		Thorakoskopie	
TIPO_DE	endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la cavidad pleural (FOC)	REGION	der Pleurahöhle (FOC)
INSTRUM	por medio de un trocar y un endoscopio rígido, el toracoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines Trokars und eines starren Endoskops (Thorakoskop) (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de pulmón y de pleura (FOC).	FUNKTION	zur Diagnostik des Lungen- und Pleurakarzinoms (FOC).
PROCESO	Condición previa: neumotórax (con CO2 o N2O) para poder introducir el toracoscopio a través del espacio intercostal (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Voraussetzung: Herstellung eines Pneumothorax (mittels CO2 od. N2O), damit das Thorakoskop durch den Interkostalraum eingeführt werden kann (FOC). Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Bajo anestesia local (FOC). Duración: varía (unos 30 min.) (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Riesgo de infección provocada por la incisión (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie (FOC). Dauer: etwa eine halbe St. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Risiko einer durch die Inzision verursachten Infektion (FOC).

Lenguaje controlado referido a TORACOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia local.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Thorakoskopie ...</li> <li>○ Die Mediastinoskopie erfolgt unter Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter lokaler Anästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre ... minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt rund 30 Minuten.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Existe riesgo de infecciones.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer infecciones en la incisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Infektionsrisiko) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken aufgeklärt.</li> <li>○ Infektionsrisiko wegen Inzision.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Toracosopia		Spiegelung der Pleurahöhle	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la cavidad pleural y de la superficie del pulmón (FOC)	REGION	der Brustfellhöhle u. Lungenoberfläche (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el toracoscopio (FOC), para averiguar si hay un cáncer de pulmón o de pleura (FOC).	INSTRUM	bei der mit einem Spezial-instrument (Thorakoskop) (FOC)
FUNCIÓN	El instrumento se introduce por un corte pequeño entre dos costillas en el tórax (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Lungen- oder Brustfellkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird über einen kleinen Hautschnitt zwischen zwei Rippen in die Brusthöhle eingeführt (FOC). Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Bajo anestesia local (FOC). Riesgo de infección causada por el corte en la piel (FOC). Con molestias en el pecho hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: unos 30 min. (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung (FOC). Infektionsrisiko, bedingt durch Schnitt in die Haut (FOC). Geringe Schmerzen bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: etwa 30 Min. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a TORACOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<p>El médico hará una abertura a través de la pared torácica e instalará el toracoscopio en el tórax entre dos costillas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit der Thorakoskopie kann der Arzt Teile des Brustkorbs einsehen. "Thorax" leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet Brustraum. "Skopein" stammt auch aus dem Griechischen und wird mit sehen übersetzt.</li> <li>○ Betrachtung der Pleurahöhle.</li> <li>○ Die Thorakoskopie ist eine endoskopische Untersuchung der Pleurahöhle.</li> </ul>
<b>ANESTESIA SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local, ...</li> <li>○ Es necesario poner / se utiliza anestesia local.</li> <li>○ La toracoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<b>RIESGO PELIGRO MOLESTIA DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva riesgos de infección por el corte en la piel.</li> <li>○ Es una prueba desagradable que puede producir como complicación infecciones.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el pecho durante unos 3 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Durch den Eingriff kann es zu einer Infektion am Hautschnitt kommen.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bis etwa 3 Tage nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Brustraum.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen im Brustraum.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere aproximadamente 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert rund 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur 30 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



tracto digestivo alto / oberer Magen-Darm-Trakt (acceso por la boca)

*esófago / Speiseröhre*

**definición  
para médico**

**ESOFAGOSCOPIA**

Esofagoscopia		Oesophagoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del esófago (FOC)	REGION	der Innenwand der Speiseröhre (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio flexible, el esofagoscopio (FOC),	INSTRUM	mit dem Ösophagoskop, einem flexiblen Fiberglas-Endoskop (FOC).
FUNCIÓN	para el diagnóstico de enfermedades del esófago y estómago y del carcinoma de esófago (FOC).	FUNKTION	Dieses Verfahren dient zur Diagnose von Erkrankungen der Speiseröhre u. des Magens u. bei Verdacht auf Ösophaguskarzinom (FOC).
PROCESO	El esofagoscopio, una vez introducido por la boca, ilumina con luz fría (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia y realizar intervenciones quirúrgicas (FOC).	PROZESS	Das durch den Mund eingeführte Ösophagoskop beleuchtet die Speiseröhre mit kaltem Licht (FOC).  Mit Möglichkeit zu Gewebsentnahme (Ösophagus-Biopsie) oder instrumentellen Eingriffen (FOC).
INFO PRAGM	Con anestesia local en la faringe (FOC).  Eventualmente con sedación (FOC).  Duración: varía (hasta media hora) (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie des Rachenraums (FOC).  Eventuell unter Sedierung (FOC).  Dauer: bis zu einer halben Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a ESOFAGOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve en la faringe y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local en la faringe; eventuealmente con sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local y ocasionalmente con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia local y seadación.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local y sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Ösophagoskopie ist...</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. eventuell unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie u. eventuell unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie durchgeführt; eventuell unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de 15 a 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Sedierungsrisiken) informiert.</li> <li>○ Niedrige Komplikationsrate.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Esofagoscopia		Speiseröhrenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del interior del esófago (FOC)	REGION	der Innenwand der Speiseröhre (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el esofagoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Endoskop, dem Ösophagoskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de esófago (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Tumor in der Speiseröhre vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se inserta por la boca pasando por la garganta, hasta llegar al esófago (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para para observarlo a través del microscopio (biopsia) (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den Mund in die Luftröhre eingeführt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (Biopsie) (TOP).
INFO PRAGM	Bajo anestesia local en la garganta (FOC).  Eventualmente con sedación (FOC).  Con molestias en la garganta hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: varía (hasta media hora) (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung im Rachen (FOC).  Eventuell nach Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC).  Geringe Schmerzen im Rachen bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: bis zu einer einer halben St. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a ESOFAGOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El médico también puede observar el interior del esófago con un tubo delgado llamado esofagoscopio que cuenta con una luz en el extremo, prueba que se denomina esofagoscopia.</li> </ul>	
<b>ANESTESIA SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local, ...</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokal-anästhesie) im Rachen.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul>
<b>RIESGO PELIGRO MOLESTIA DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en la garganta durante unos 3 días.</li> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la garganta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la garganta por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bis etwa 3 Tage nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Man spührt in der Regel leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung selbst, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz während des Eingriffs.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf bis 15 Minuten oder auch etwas länger.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

tracto digestivo alto / oberer Magen-Darm-Trakt (acceso por la boca)

*estómago / Magen*

**definición  
para médico**

**GASTROSCOPIA**

Gastroskopia		Gastroskopia	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del interior del estómago con un endoscopio flexible, el gastroscopio (FOC).	REGION	des Mageninneren (FOC)
INSTRUM		INSTRUM	mittels eines flexiblen Fiberglas-Endoskops, dem Gastrofibroskop (FOC).
FUNCIÓN	Se trata del método diagnóstico más importante para el diagnóstico del carcinoma de estómago (FOC).	FUNKTION	Dies ist das wichtigste diagnostische Verfahren bei Verdacht auf Magenkarzinom. (FOC).
PROCESO	El gastroscopio, empleando fibra óptica y luz fría, permite la visión directa de la parte afectada (FOC).  Se pueden tomar muestras para la biopsia de la mucosa gástrica y realizar intervenciones quirúrgicas (FOC).	PROZESS	Mit Möglichkeit zu Gewebentnahme (Magenbiopsie) und zur Durchführung verschiedener Eingriffe (FOC).
INFO PRAGM	Con anestesia local en la faringe (FOC).  Eventualmente con sedación (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie des Rachenraums (FOC).  Eventuell unter Sedierung (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a GASTROSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando anestesia local y sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local en la faringe.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local en la faringe y ocasionalmente con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia local y a veces sedación.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local en la faringe; eventualmente con sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie des Rachenraums, eventuell unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Gastroskopie ist...</li> <li>○ Die Gastroskopie erfolgt in Oberflächenanästhesie des Rachenraums.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. eventuell unter Verabreichung eines sedierenden Mittels.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. eventuell unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels durchgeführt.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten / eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Sedierungsrisiken) informiert.</li> <li>○ Die Gastroskopie weist niedrige Komplikationsraten auf.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Gastroscoopia		Magenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del estómago (FOC)	REGION	des Magens (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el gastroscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Endoskop, dem Gastroskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de estómago (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Magentumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por la boca hasta llegar al estómago (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den Mund in den Magen eingeführt (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Se realiza en ayunas (FOC). Normalmente sin anestesia general (FOC). Bajo anestesia local en la garganta (FOC). Eventualmente con sedación (FOC). Con molestias pero sin dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Erfolgt in nüchternem Zustand (FOC). Gewöhnlich ohne Vollnarkose (FOC). Unter örtlicher Betäubung im Rachen (FOC) Eventuell nach Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Unangenehmer, aber schmerzloser Eingriff (FOC). Dauer: rund eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a GASTROSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gastroscopia o introducción de un tubo flexible en el interior del estómago a través de la boca.</li> <li>○ El médico puede mirar dentro del estómago con un tubo delgado iluminado que se llama un gastroscopio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Magenspiegelung (Gastroskopie) Bei der Magenspiegelung wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben.</li> <li>○ Untersuchung des Magens mit Hilfe eines Endoskops.</li> <li>○ Die Spiegelung des Magens wird mit einem beweglichen Endoskop durchgeführt.</li> </ul>
<b>ANESTESIA</b> <b>SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Se pone anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta.</li> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local, ...</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgreflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokal-anästhesie) im Rachen.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> </ul>
<b>RIESGO</b> <b>PELIGRO</b> <b>MOLESTIA</b> <b>DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en la garganta durante unos 3 días.</li> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la garganta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la garganta por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bis etwa 3 Tage nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung selbst, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz während des Eingriffs.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa fünf bis 15 Minuten oder auch etwas länger.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur etwa eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza en ayuna.</li> <li>○ Conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf einige Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> </ul>



tracto digestivo alto / oberer Magen-Darm-Trakt (acceso por la boca)

*duodeno / Duodenum (Zwölffingerdarm)*

**definición  
para médico**

### DUODENOSCOPIA

Duodenoscopia		Duodenoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del interior del duodeno y del yeyuno superior (FOC)	REGION	der inneren Oberfläche des gesamten Duodenums und des oberen Jejunums (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio flexible, el duodenoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Fiberglas-Endoskops, dem Duodenoskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma duodenal (FOC),	FUNKTION	insbesondere zur Diagnose der seltenen Duodenalkarzinome (FOC),
PROCESO	combinando eventualmente la intervención con una colangiografía endoscópica retrógrada (FOC).  El duodenoscopio, empleando fibra óptica y luz fría, se introduce por la boca y el esófago hasta llegar al duodeno, eventualmente hasta la ampolla de Vater (Papilla duodeni major) (FOC).  Se pueden tomar muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	wobei der Eingriff eventuell mit einer retrograden endoskopischen Cholangiographie kombiniert wird (FOC).  Das Duodenoskop wird durch Mund und Speiseröhre in den Zwölffingerdarm, gegebenenfalls bis zur Papilla duodeni major (Papilla Vateri), eingeführt (FOC).  Möglichkeit zu Gewebsentnahme (Duodenalbiopsie) (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local en la faringe (FOC).  Con sedación (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie des Rachenraums (FOC).  Unter Sedierung (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a DUODENOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local en la faringe y sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local en la faringe y sedación.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia local y seadación.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local en la faringe y sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Duodenoskopie ist...</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie des Rachenraums u. medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Duodenoskopie erfolgt in Oberflächenanästhesie des Rachenraums.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Sedierungsrisiken) informiert.</li> <li>○ Die Duodenoskopie weist niedrige Komplikationsraten auf.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Duodenoscopia		Zwölffingerdarmspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del interior del duodeno (FOC)	REGION	des Zwölffingerdarms (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el duodenoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Endoskop, dem Duodenoskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer duodenal (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Zwölffingerdarmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por la boca y el esófago hasta llegar al duodeno (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch Mund und Speiseröhre in den Zwölffingerdarm eingeführt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Se realiza en ayunas (FOC). Normalmente sin anestesia general (FOC). Con anestesia local en la garganta (FOC). Con sedación (FOC). Con molestias pero sin dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Erfolgt in nüchternem Zustand (FOC). Meist ohne Vollnarkose (FOC). Unter örtlicher Betäubung im Rachen (FOC). Nach Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Unangenehmer, aber schmerzloser Eingriff (FOC). Dauer: rund eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a DUODENOSCOPIA para pacientes

VARIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die Spiegelung des Zwölffingerdarms, ...</li> <li>○ endoskopische Untersuchung des Zwölffingerdarms</li> <li>○ Endoskopie des Zwölffingerdarms</li> </ul>
ANESTESIA  SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la garganta (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto).</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta.</li> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local, ...</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>
RIESGO  PELIGRO  MOLESTIA  DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la garganta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en la garganta durante unos 3 días.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la garganta por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>
PREPARACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza en ayunas.</li> <li>○ Conviene estar en ayunas.</li> </ul>

tracto digestivo alto / oberer Magen-Darm-Trakt (acceso por la boca)

*esófago + estómago + duodeno /*

*Magen + Speiseröhre + Zwölffingerdarm*

**definición  
para médico**

**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

Esofagogastroduodenoscopia		Oesophago-Gastro-Duodenoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del tracto digestivo superior (FOC)	REGION	des oberen Magen-Darm-Traktes (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio flexible fiberoptico (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Fiberglas-Endoskops (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de estómago, esófago y el duodenal (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose bei Verdacht auf Ösophagus-, Magen- oder Duodenalkarzinom (FOC).
PROCESO	El instrumento permite la visualización directa de la parte afectada (FOC).  Se pueden tomar muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Das Instrument ermöglicht eine direkte Einsicht in die betroffene Körperregion (FOC).  Möglichkeit einer Gewebentnahme zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local en la faringe (FOC).  Con sedación en la faringe (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie des Rachenraums (FOC).  Unter Sedierung des Rachenraums (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

## Lenguaje controlado referido a ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local en la faringe y sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local en la faringe y sedación.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia local y seadación.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local en la faringe y sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ist...</li> <li>○ Die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie erfolgt in Oberflächenanästhesie des Rachenraums.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie des Rachenraums u. medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine halbe Stunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten / eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Sedierungsrisiken) informiert.</li> <li>○ Niedrige Komplikationsrate..</li> <li>○ Die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie weist niedrige Komplikationsraten auf.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Esofagogastroduodenoscopia		Magen-Darmspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del esófago, estómago y duodeno (FOC)	REGION	der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial (FOC)	INSTRUM	mit einem Spezial-Endoskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de esofago, estómago o un cáncer duodenal (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Speise-röhren-, Magen- oder Zwölffingerdarmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por la boca y el esófago hasta llegar a la parte del cuerpo afectada (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch Mund und Speiseröhre in die betroffene Körperstelle eingeführt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Se realiza en ayunas (FOCO). Normalmente sin anestesia general (FOC). Con anestesia local en la garganta (FOC). Con sedación (FOC). Con molestias pero sin dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOCO).	PRAGM INFO	Erfolgt in nüchternem Zustand (FOC). Meist ohne Vollnarkose (FOC). Unter örtlicher Betäubung im Rachen (FOC). Nach Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Unangenehmer, aber schmerzloser Eingriff (FOC). Dauer: rund eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA para pacientes

<p>VARIACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei der Endoskopie von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm müssen Sie einen etwas stärkeren, beweglichen Schlauch "schlucken", in dem ein optisches System steckt und mit dessen Hilfe der Arzt in die entsprechenden Körperbereiche schauen kann.</li> <li>○ Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und Teilen des Dünndarms mit Hilfe eines Endoskops.</li> <li>○ Die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms ...</li> </ul>	
<p>ANESTESIA SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local en la garganta.</li> <li>○ Es necesario poner anestesia local en la garganta (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto).</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia local, ...</li> <li>○ La exploración requiere sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wird eine lokale Betäubung der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgereflex auszuschalten.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter örtlicher Betäubung (Lokal-anästhesie) im Rachen.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> </ul>
<p>RIESGO PELIGRO MOLESTIA DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la garganta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en la garganta durante unos 3 días.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local en la garganta para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la garganta por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bis etwa 3 Tage nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen im Rachen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung selbst, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter örtlicher Betäubung schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz während des Eingriffs.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<p>PREPARACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza en ayunas.</li> <li>○ Conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf einige Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> </ul>



tracto digestivo bajo / unterer Magen-Darm-Trakt (acceso por el recto)

*instestino recto / Mastdarm*

**definición  
para médico**

**PROCTOSCOPIA**

Proctoscopia		Proktoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del ano y de la parte inferior del recto (FOC)	REGION	des Analkanals und des unteren Abschnittes des Rektums (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio rígido, el proctoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Proktoskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del cáncer rectal o de enfermedades proctológicas (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose des Rektumkarzinoms und proktologischer Erkrankungen (FOC).
PROCESO	El instrumento (8-15 cm de largo) puede ser abierto y curvado en la parte delantera o bien cerrado con ventana lateral (FOC).  Se pueden tomar de muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Dafür wird entweder ein vorn offenes und abgeschrägtes Rohr oder ein geschlossenes Proktoskop (Länge 8-15 cm) mit seitlichem Fenster benutzt (FOC).  Möglichkeit zu Gewebentnahme für histologische Untersuchungen (TOP).
INFO PRAGM	Con sedación (FOC).  Duración: pocos min. (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).  Se realiza previa administración de un purgante (FOC).  Dieta durante las 24 h. previas (FOC).	PRAGM INFO	Unter Sedierung (FOC).  Dauer: wenige Min. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).  Vorherige Gabe eines Abführmittels (FOC).  Vorherige 24-st. Diät (FOC).

Lenguaje controlado referido a PROCTOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración suele practicarse sin anestesia.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo sedación.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt ohne Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente cinco minutos.</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 5 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 5 a 10 minutos.</li> <li>○ La exploración dura pocos minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 5 Minuten.</li> <li>○ Es dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsrate ist äußerst niedrig.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Proctoscopia		Mastdarmspiegelung (Proktoskopie)	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del ano y de la parte inferior del recto (FOC)	REGION	des Analkanals und des unteren Abschnittes des Mastdarms (FOC)
INST RUM	que se realiza con un endoscopio especial, el proctoscopio (FOC), para averiguar si hay un cáncer rectal (FOC).	INSTRUM	mit einem Spezial-Instrument, dem Proktoskop (FOC).
FUNCIÓN	El instrumento es introducido por el ano hasta llegar al recto (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Mastdarmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO		PROZESS	Das Instrument wird durch den After bis zum Mastdarm vorgeschoben (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente sin anestesia (FOC). Con sedación (FOC). Con molestias (FOC). Eventualmente con dolor (FOC). Duración: pocos min. (FOC). Prueba muy fiable (FOC). Dieta durante las 24 horas previas a la exploración (FOC). Se realiza después de tomar un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Meist ohne Betäubung (FOC). Unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Unangenehme Untersuchung (FOC). Eventuell auch schmerzhaft (FOC). Dauer: wenige Min. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC). Diät ab 24 St. vor der Untersuchung (FOC). Vorherige Einnahme eines Abführmittels (FOC).

## Lenguaje controlado referido a PROCTOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este reconocimiento, llamado proctoscopia o examen rectal, descubre cerca de la mitad de los cánceres del colon y el recto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder Mastdarmspiegelung genannt wird, ...</li> <li>○ Proktoskopie (Mastdarmspiegelung).</li> </ul>
<b>ANESTESIA</b>  <b>SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza normalmente sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente sin anestesia, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt meist ohne Betäubung.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> </ul>
<b>RIESGO</b>  <b>PELIGRO</b>  <b>MOLESTIA</b>  <b>DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el ano.</li> <li>○ Puede que usted sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se podrá administrar un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen im Analkanal.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell leichte Schmerzen.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 15 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 5 y 15 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa 15 Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 5 und 15 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ PREPARACIÓN PREVIA Para la proctoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>

tracto digestivo bajo / unterer Magen-Darm-Trakt (acceso por el recto)

*instestino recto / Mastdarm*

**definición  
para médico**

**RECTOSCOPIA**

Rectosopia		Rektoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del recto y eventualmente del sigma (FOC)	REGION	des Rektums und ev. des Sigmas (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio rígido, el rectoscopio (30 cm de largo) (FOC).	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Rektoskop (30 cm lang) (FOC).
FUNCIÓN	Técnica muy importante para el diagnóstico precoz del cáncer rectal (FOC).	FUNKTION	Wichtigste Untersuchungsmethode zur Früherkennung des Rektumkarzinoms (FOC).
PROCESO	Mediante un tubo de goma se infla la porción del recto para su inspección (FOC). La intervención se realiza normalmente en posición genucubital, ocasionalmente en posición lateral o de parto (FOC). Se pueden tomar de muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Dabei wird durch Gummischlauch das vorliegende Darmstück kuppelförmig aufgeblasen (FOC). Die Rektoskopie kann in Steinschnittlage, Knieellenbogenlage od. Seitenlage durchgeführt werden (FOC). Möglichkeit zu Gewebsentnahme für histologische Untersuchungen (TOP).
INFO PRAGM	Eventualmente con sedación (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Conlleva riesgo de perforación de recto o sigma (FOC). Dieta durante las 24 h. previas (FOC). Se realiza previa administración de un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Eventuell unter medikamentöser Sedierung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen von Rektum od. Sigma (FOC). Vorherige 24-st. Diät (FOC). Vorherige Gabe eines Abführmittels (FOC).

## Lenguaje controlado referido a RECTOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo seadación.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt ohne Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird ohne Lokalanästhesie, aber unter Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Für die Durchführung des Eingriffs wird ein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura unos 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine halbe Stunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten.</li> <li>○ Es dauert nur etwa eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de recto o sigma.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de recto o sigma.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsrate ist äußerst niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Rektum od. Sigma) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Rektum od. Sigma) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Rectoscopia		Mastdarmspiegelung (Rektoskopie)	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del recto (FOC)	REGION	des Mastdarms (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el rectoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Instrument, dem Rektoskop (FOC).
FUNCIÓN	para detectar de forma precoz un cáncer rectal (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung kann frühzeitig festgestellt werden, ob ein Mastdarmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por el ano hasta llegar al recto (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den After bis zum Mastdarm vorgeschoben (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente sin anestesia (FOC). A veces con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en el recto (FOC). Con molestias (FOC) . A veces con dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC). Dieta durante las 24 h. previas a la exploración (FOC). Se realiza después de tomar un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Eventuelle Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff der Darm verletzt wird (FOC). Unangenehme, eventuell auch schmerzhaft Untersuchung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC). Diät ab 24 St. vor der Untersuchung (FOC). Vorherige Einnahme eines Abführmittels (FOC). Meist ohne Betäubung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a RECTOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für die alleinige Untersuchung des Mastdarmes wird in der Regel das Rektoskop,</li> <li>○ Die Rektoskopie, auch Mastdarmspiegelung genannt, ist die Untersuchung des Mastdarms.</li> <li>○ Spiegelung des Enddarms</li> <li>○ Enddarm-Spiegelung (Rektoskopie)</li> </ul>		
<b>ANESTESIA SEDACIÓN</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul>		
<b>RIESGO PELIGRO MOLESTIA DOLOR</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el recto.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del recto.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el ano.</li> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Rektoskopie wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Instrument bei der Untersuchung den Darm durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen während des Eingriffs.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el recto.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del recto.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el ano.</li> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Rektoskopie wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Instrument bei der Untersuchung den Darm durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen während des Eingriffs.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el recto.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del recto.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el ano.</li> <li>○ Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Rektoskopie wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Instrument bei der Untersuchung den Darm durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen während des Eingriffs.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>		
<b>DURACIÓN</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>		
<b>FIABILIDAD</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>		
<b>PREPARACIÓN</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ <b>PREPARACIÓN PREVIA</b> Para la rectoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ <b>PREPARACIÓN PREVIA</b> Para la rectoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ <b>PREPARACIÓN PREVIA</b> Para la rectoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>		



tracto digestivo bajo / unterer Magen-Darm-Trakt (acceso por el recto)

*instestino grueso / Dickdarm*

**definición  
para médico**

**SIGMOIDOSCOPIA**

Sigmoidoscopia		Sigmoidoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TÓP)	TYP	Endoskopie (TÓP)
LUGAR	del colon sigmoide (FOC)	REGION	des Sigmoids (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio flexible, el sigmoidoscopio (70 cm de largo) (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Faserglas-Endoskops, dem Fibersigmoidoskop (70 cm lang) (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma colorrectal (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose des Kolonkarzinoms (FOC).
PROCESO	Se pueden tomar de muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit zu Gewebentnahme für histologische Untersuchungen (TOP).
INFO PRAGM	<p>Eventualmente con sedación (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Conlleva riesgo de perforación de recto o sigma (FOC).</p> <p>Dieta durante las 24 h. previas (FOC).</p> <p>Se realiza previa administración de un purgante (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Eventuell unter medikamentöser Sedierung (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen von Rektum od. Sigmoid (FOC).</p> <p>Vorherige 24-st. Diät (FOC).</p> <p>Vorherige Gabe eines Abführmittels (FOC) .</p>

## Lenguaje controlado referido a SIGMOIDOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo sedación.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt ohne Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird ohne Lokalanästhesie, aber unter Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Für die Durchführung des Eingriffs wird ein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura unos 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine halbe Stunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten.</li> <li>○ Es dauert nur etwa eine halbe Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de recto o sigma.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de recto o sigma.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsrate ist äußerst niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Rektum od. Sigma) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Rektum od. Sigma) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Sigmoidoscopia		Spiegeluntersuchung des Sigmoids	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del colon sigmoide (FOC)	REGION	des unteren Grimmdarms (Sigmoid-Darm) (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el sigmoidoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Instrument, dem Sigmoidoskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer del recto o colon (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Sigmoid-Darmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por el recto hasta llegar al colon sigmoide (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den After bis zum Grimmdarm vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente sin anestesia (FOC). A veces con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en el intestino (FOC). Con molestias (FOC). A veces con dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC). Dieta durante las 24 h. previas a la exploración (FOC). Se realiza después de tomar un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Meist ohne Betäubung (FOC). Eventuelle Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff der Darm verletzt wird (FOC). Unangenehme, eventuell auch schmerzhaft Untersuchung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC). Diät ab 24 St. vor der Untersuchung (FOC). Vorherige Einnahme eines Abführmittels (FOC).

## Lenguaje controlado referido a SIGMOIDOSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o La sigmoidoscopia permite ver el interior de la última parte del intestino.</li> </ul>	
<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>o Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>o Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>o Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>o Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> </ul>
<b>SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o No es necesario poner anestesia local.</li> <li>o La exploración puede requerir sedación.</li> <li>o Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>o Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul>
<b>RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el intestino.</li> <li>o Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del intestino.</li> <li>o Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el ano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Untersuchung wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>o Die Gefahr, dass das Instrument bei der Untersuchung den Darm durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> </ul>
<b>PELIGRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> </ul>
<b>MOLESTIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>o Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>o Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> <li>o Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>o Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>o Man spürt in der Regel leichte Schmerzen während des Eingriffs.</li> </ul>
<b>DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>o La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>o Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>o Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>o Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>o Es una prueba muy eficaz.</li> <li>o Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>o Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<b>PREPARACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>o Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>o Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>o <b>PREPARACIÓN PREVIA</b> Para la sigmoidoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>o Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>o Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>o Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>

tracto digestivo bajo / unterer Magen-Darm-Trakt (acceso por el recto)

*instestino recto / Mastdarm + intestino grueso / Dickdarm*

**definición  
para médico**

### RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Rectosigmoidoscopia		Rektosigmoidoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	del recto y colon sigmoide (FOC)	REGION	des Mast- und Sigmoid-Darms (FOC)
INSTRUM	con un rectoscopio o un sigmoidoscopio (70 cm de largo) (FOC),	INSTRUM	mittels eines Rektoskops oder Fibersigmoidoskop (70 cm lang) (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma colorrectal (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von kolorektalen Karzinomen (FOC).
PROCESO	Se pueden tomar de muestras de tejido para una biopsia (FOC).	PROZESS	Möglichkeit zu Gewebentnahme für histologische Untersuchungen (FOC).
INFO PRAGM	<p>Eventualmente con sedación (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Conlleva riesgo de perforación de recto o colon sigmoide (FOC).</p> <p>Dieta durante las 24 h. previas (FOC).</p> <p>Se realiza previa administración de un purgante (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Eventuell unter medikamentöser Sedierung (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen von Rektum od. Sigmoid (FOC).</p> <p>Vorherige 24-st. Diät (FOC).</p> <p>Vorherige Gabe eines Abführmittels (FOC).</p>

Lenguaje controlado referido a RECTOSIGMOIDOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo seadación.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt ohne Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird ohne Lokalanästhesie, aber unter Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Für die Durchführung des Eingriffs wird ein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura unos 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine halbe Stunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten.</li> <li>○ Es dauert nur etwa eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>PREPARACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de recto o sigma.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de recto o sigma.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsrate ist äußerst niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Rektum od. Sigma) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Rektum od. Sigma) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Rectosigmoidoscopia		Spiegeluntersuchung des Mastdarms und Sigmoids	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del recto y colon sigmoide (FOC)	REGION	des Mastdarms und Grimmdarms (Sigmoid-Darm) (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el rectoscopio o sigmoidoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Instrument, dem Rektoskop oder Sigmoidoskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de recto o sigma (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Mastdarm - oder Sigmoid-Darmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por el recto hasta llegar a la parte afectada (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den After eingeführt (FOC).  Möglichkeit der Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente sin anestesia (FOC). A veces con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en el intestino (FOC). Con molestias (FOC). A veces con dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC). Dieta durante las 24 h. previas a la exploración (FOC). Se realiza después de tomar un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Eventuelle Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff der Darm verletzt wird (FOC). Unangenehme, eventuell auch schmerzhaft Untersuchung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC). Diät ab 24 St. vor der Untersuchung (FOC). Vorherige Einnahme eines Abführmittels (FOC). Meist ohne Betäubung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a RECTOSIGMOIDOSCOPIA para pacientes

<p>ANESTESIA</p> <p>SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrigmachendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden</li> </ul>
<p>RIESGO</p> <p>PELIGRO</p> <p>MOLESTIA</p> <p>DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el intestino.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del intestino.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el intestino.</li> <li>○ Durante y después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le podrá aplicar un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se podrá administrar un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Untersuchung wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Instrument bei der Untersuchung den Darm durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>○ Nach der Untersuchung verspüren Sie leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte bis mäßige Schmerzen während des Eingriffs.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
<p>PREPARACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ PREPARACIÓN PREVIA Para la rectosigmoidoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>



tracto digestivo bajo / unterer Magen-Darm-Trakt (acceso por el recto)

*instestino grueso / Dickdarm*

**definición  
para médico**

**COLONOSCOPIA**

Colonoscopia		Koloskopie	
TIPO	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de partes del colon (colonoscopia parcial) o del colon entero (colonoscopia total) (FOC)	REGION	von Teilen des Colons (partielle Koloskopie) oder des gesamten Colons (totale Koloskopie) (FOC)
INSTRUM	con un endoscopio flexible, el colonoscopio (FOC).  El instrumento mide 1 m (para colonoscopia parcial) o 2 m (colonoscopia total) (FOC).	INSTRUM	mittels eines flexiblen Endoskops, dem Koloskop (FOC).  Länge des Instruments: 1 m bei partieller u. 2 m bei totaler Koloskopie (FOC).
PROCESO	En muchos casos, la flexibilidad del instrumento permite inspeccionar el colon entero, fotografiar partes sospechosas y tomar de muestras de tejido para una biopsia (FOC).	PROZESS	Durch die Flexibilität des Geräts gelingt es in vielen Fällen, den gesamten Dickdarm zu inspizieren, verdächtige Stellen zu fotografieren und durch Biopsie Material für histologische Untersuchungen zu gewinnen (FOC).
FUNCION	Este método se utiliza para el diagnóstico del carcinoma de colon (FOC).	FUNKTION	Dieses Verfahren dient zur Diagnose des Kolonkarzinoms (FOC).
INFO PRAGM	Eventualmente con sedación (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).  Conlleva riesgo de perforación de recto o colon (FOC).  Dieta durante las 24 h. previas (FOC).  Se realiza previa administración de un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Eventuell unter medikamentöser Sedierung (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).  Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen von Rektum od. Colon (FOC).  Vorherige 24-st. Diät (FOC).  Vorherige Gabe eines Abführmittels (FOC).

Lenguaje controlado referido a COLONOSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo seadación.</li> <li>○ Se lleva a cabo con frecuencia usando sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt ohne Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird ohne Lokalanästhesie, aber unter Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Für die Durchführung des Eingriffs wird ein Beruhigungsmittel verabreicht.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura unos 30 minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de unos 30 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine halbe Stunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 Minuten.</li> <li>○ Es dauert nur etwa eine halbe Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>PREPARACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de recto o colon.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de recto o colon.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación) de esta técnica es muy bajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsrate ist äußerst niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Rektum od. Colon) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Rektum od. Colon) aufgeklärt.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Colonoscopia		Dickdarmspiegelung	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de partes del colon o del colon entero (FOC)	REGION	des gesamten oder teilweisen Dickdarms (FOC)
INSTRUM	que se realiza con un endoscopio especial, el colonoscopio (FOC),	INSTRUM	mit einem Spezial-Instrument, dem Koloskop (FOC).
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de colon (FOC).	FUNKTION	Mit dieser Untersuchung wird festgestellt, ob ein Dickdarmkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento es introducido por el recto hasta llegar al colon (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch den After bis zum Grimmdarm vorgeschoben (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente sin anestesia (FOC). A veces con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en el intestino (FOC). Con molestias (FOC). A veces con dolor (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC). Dieta durante las 24 h. previas a la exploración (FOC). Se realiza después de tomar un purgante (FOC).	PRAGM INFO	Meist ohne Betäubung (FOC). Eventuelle Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff der Darm verletzt wird (FOC). Unangenehme, eventuell auch schmerzhaft Untersuchung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC). Diät ab 24 St. vor der Untersuchung (FOC). Vorherige Einnahme eines Abführmittels (FOC).

## Lenguaje controlado referido a COLONOSCOPIA para pacientes

VARIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El médico también podría querer ver el interior del recto y todo el colon (colonoscopia) con un instrumento especial llamado colonoscopio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Dickdarmspiegelung ist eine Untersuchung des Dickdarms (Kolon) mit einem Spezialendoskop, dem Koloskop.</li> <li>○ Koloskopie (Dickdarmspiegelung).</li> </ul>
ANESTESIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia local, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungs-mittel.</li> </ul>
SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración puede requerir sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrigmachendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> </ul>
RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en el intestino.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) del intestino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In sehr seltenen Fällen kann es bei der Dickdarmspiegelung zur Durchstoßung der Darmwand (Perforation) kommen.</li> <li>○ Es besteht die Gefahr, dass das Koloskop bei der Untersuchung die Darmwand durchstößt (Perforation).</li> </ul>
PELIGRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durante y después de la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Untersuchung wie Perforation (Durchbohren) des Darms ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> </ul>
MOLESTIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias en el intestino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell Schmerzen.</li> <li>○ Nach der Untersuchung verspüren Sie eventuell leichte Schmerzen im Amalkanal.</li> </ul>
DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antes de la prueba, se le podrá aplicar un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se podrá administrar un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte por un rato (un anestésico local) para que no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung an sich ist unter Sedierung fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte bis mäßige Schmerzen während des Eingriffs.</li> <li>○ Sollten bei der Untersuchung Schmerzen auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen.</li> </ul>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba no suele ser superior a media hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur rund 30 Minuten.</li> </ul>
FIABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>
PREPARACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La preparación del intestino conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse.</li> <li>○ Se debe tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba.</li> <li>○ Puede recomendársele una dieta evacuante, o diurética.</li> <li>○ PREPARACIÓN PREVIA Para la colonoscopia conviene estar en ayunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor der Untersuchung wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein.</li> <li>○ Der Patient muss nüchtern erscheinen / kommen / sein.</li> <li>○ Der Patient darf 24 Stunden vorher weder etwas essen noch trinken.</li> <li>○ Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben.</li> </ul>

abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

cavidad abdominal / Bauchhöhle (acceso artificial)

**definición  
para médico**

**LAPAROSCOPIA**

Laparoscopia		Laparoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP),
LUGAR	de la cavidad abdominal (FOC)	REGION	der Bauchhöhle (FOC)
INSTRUM	realizada por medio de un laparoscopio rígido o flexible (FOC)	INSTRUM	mittels eines starren od. flexiblen Laparoscops (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores de la cavidad abdominal y pélvica (p. ej. cáncer endometrial, cáncer de los ovarios, de la próstata o del hígado) (FOC).	FUNKTION	zur makroskopischen Beurteilung der Leberoberfläche, von Teilen der Gallenblase, der Milz, des Peritoneum parietale, der Magenvorderwand, Teilen des Darms, der Beckenorgane bei Verdacht auf eine Krebserkrankung (FOC).
PROCESO	Se realiza previa punción de la pared abdominal e insuflación de gas mediante aguja Veress (neumoperitoneo) (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Bauchpunktion u. Insufflation von Gas in die Bauchhöhle mittels Veress-Nadel (Pneumoperitoneum) (FOC).  Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Normalmente bajo anestesia general (FOC).  Duración: varía (entre 30 y 60 min.) (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).  Riesgo de infección provocada por la incisión de la pared (FOC).	PRAGM INFO	Normalerweise unter Narkose (FOC).  Dauer: 30 bis 60 Min. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).  Risiko einer durch die Inzision verursachten Infektion (FOC).

## Lenguaje controlado referido a LAPAROSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local o general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza normalmente bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Laparoskopie ...</li> <li>○ Die Laparoskopie erfolgt unter Lokalanästhesie oder Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente una hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de 30 a 60 minutos, ...</li> <li>○ La realización total del proceso (laparoscopia) es de aproximadamente una hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 a 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 60 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt maximal 60 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 30 und 60 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr 30 bis 60 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Existe riesgo de infecciones (por la incisión).</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer infecciones en la incisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkose- und Infektionsrisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Es besteht ein Risiko für Infektionen an der Inzision.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Infektionsrisiko wegen Inzision.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Laparoscopia		Bauchspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la cavidad abdominal (FOC)	REGION	der Bauchhöhle (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento llamado laparoscopio (FOC)	INSTRUM	bei der mit Spezial-Spiegel, dem Laparoskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer endometrial, cáncer de los ovarios, de la próstata o del hígado (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob eine Krebserkrankung vorliegt (TOP).
PROCESO	Se introduce el instrumento a través de un corte pequeño en el abdomen (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Dazu werden Leberoberfläche, Teile der Gallenblase, Milz, Bauchfell, Magenvorderwand, Teile des Darms, Beckenorgane untersucht (FOC).  Das Instrument wird über einen kleinen Hautschnitt in den Bauch eingeführt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Normalmente con anestesia general (FOC).  Riesgo propio de la anestesia general (FOC).  Implica riesgo pequeño de infección por el corte en la piel (FOC).  Con molestias en el abdomen, provocadas por el gas, hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: 30 a 60 min. (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Normalerweise unter Vollnarkose (FOC).  Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC).  Mit geringem Entzündungsrisiko am Hautschnitt (FOC).  Geringe Schmerzen im Bauch (durch das Gas verursacht) bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: 30 bis 60 Min. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a LAPAROSCOPIA para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La laparoscopia, en la que se observa e interviene en el interior del abdomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei einer Bauchspiegelung betrachtet der Arzt die Bauchhöhle mit einem Endoskop.</li> <li>○ Untersuchung der Bauchhöhle, d.h. eine Laparoskopie.</li> <li>○ Bauchspiegelung (Laparoskopie).</li> </ul>
<b>ANESTESIA</b> <b>SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia general, ..</li> <li>○ Es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La laparoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird meist in Narkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<b>RIESGO</b> <b>PELIGRO</b> <b>MOLESTIA</b> <b>DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva riesgos de infección por el corte en la piel.</li> <li>○ Existe riesgo de infección por el corte en el abdomen.</li> <li>○ Es una prueba desagradable que puede producir como complicación infecciones.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Durch den Eingriff kann es zu einer Infektion am Hautschnitt kommen.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 60 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 30 y 60 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

*cavidad abdominal / Bauchhöhle* (acceso artificial)

*pelvis / Becken*

**definición  
para médico**

**PELVISCOPIA**

Pelviscopia		Pelviskopie	
TIPO_DE	Laparoscopia (TOP)	TYP	Laparoskopie (TOP),
LUGAR	de los órganos sexuales de la pelvis (FOC)	REGION	der inneren Geschlechtsorgane im kleinen Becken (FOC)
INSTRUM	por medio de un laparoscopio flexible o rígido (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren oder flexiblen Laparoscops (FOC),
FUNCIÓN	de especial importancia para el primer diagnóstico y la delimitación de la operabilidad del cáncer de los ovarios (FOC).	FUNKTION	mit besonderer Bedeutung für primäre Diagnose und Abgrenzung der Operabilität beim Ovarialkarzinom (FOC).
PROCESO	Se realiza previa punción de la pared abdominal y neumoperitoneo (insuflación de gas) mediante aguja Veress (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Bauchpunktion u. Pneumoperitoneum (Gasinsufflation) mittels Veress-Nadel (FOC).  Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP)
INFO PRAGM	Normalmente bajo anestesia general (FOC).  Duración: varía (hasta 1 hora) (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).  Riesgo de infección provocada por la incisión de la pared (FOC).	PRAGM INFO	Normalerweise unter Narkose (FOC).  Dauer: bis zu 1 St. (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).  Risiko einer durch die Inzision verursachten Infektion (FOC).

## Lenguaje controlado referido a PELVISCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local o general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza normalmente bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Pelviskopie ...</li> <li>○ Die Pelviskopie erfolgt unter Lokalanästhesie oder Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración dura aproximadamente una hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de una hora, ...</li> <li>○ La realización total del proceso (pelviscopia) es de aproximadamente una hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 a 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 60 minutos.</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt etwa 60 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 30 und 60 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Existe riesgo de infecciones (por la incisión).</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer infecciones en la incisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkose- und Infektionsrisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Es besteht ein Risiko für Infektionen an der Inzision.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Infektionsrisiko wegen Inzision.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Pelviscopia		Beckenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración laparoscópica (TOP)	TYP	laparoskopische Betrachtung (TOP)
LUGAR	de los órganos sexuales de la pelvis (FOC)	REGION	der inneren Geschlechtsorgane im kleinen Becken (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un laparoscopio (TOP)	INSTRUM	bei der mit einem Laparoskop (TOP)
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de ovarios (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Eierstockkrebs vorliegt (TOP).
PROCESO	Se introduce el instrumento a través de un pequeño corte en el abdomen (TOP). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird über einen kleinen Hautschnitt in den Bauch eingeführt (TOP). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Generalmente con anestesia general (FOC). Riesgo propio de la anestesia general (FOC). Implica riesgo pequeño de infección en el corte (FOC). Con molestias en el abdomen, provocadas por el gas, hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: hasta 1 hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Normalerweise unter Vollnarkose (FOC). Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC). Geringes Entzündungsrisiko am Hautschnitt (FOC). Geringe Schmerzen im Bauch (verursacht durch das Gas) bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: bis zu 1 St. (FOC). sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a PELVISCOPÍA  
para pacientes

<p>ANESTESIA</p> <p>SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia general, ..</li> <li>○ Es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La laparoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird meist in Narkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p>RIESGO</p> <p>PELIGRO</p> <p>MOLESTIA</p> <p>DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva riesgos de infección por el corte en la piel.</li> <li>○ Existe riesgo de infección por el corte en el abdomen.</li> <li>○ Es una prueba desagradable que puede producir como complicación infecciones.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Durch den Eingriff kann es zu einer Infektion am Hautschnitt kommen.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 60 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 30 y 60 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

vagina y cuello de útero / Scheide + Gebärmutterhals (acceso por la vagina)

**definición  
para médico**

**COLPOSCOPIA**

Colposcopia		Kolposkopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	de la vagina y el cuello de útero (FOC)	REGION	der Scheiden- und Portiohaut (FOC)
INSTRUM	por medio de un espéculo vaginal, el colposcopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines Scheiden-Spekulums, dem Kolposkop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma vaginal y especialmente para la detección precoz del carcinoma de cuello de útero (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose des Vaginal- od. Zervixkarzinoms (FOC), das schon in seinen Frühstadien erkannt werden kann (FOC).
PROCESO	Se detectan únicamente cambios del epitelio visible (amplificación por 10-30) (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Aufgedeckt werden nur die Veränderungen des sichtbaren Epithels (10-30fache Vergrößerung) (FOC). Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP)
INFO PRAGM	Duración: pocos min. (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).	PRAGM INFO	Dauer: wenige Min. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).

Lenguaje controlado referido a COLPOSCOPIA  
para profesionales de la salud

ANESTESIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El diagnóstico puede realizarse sin anestesia ni sedación.</li> <li>○ No precisa anestesia local ni sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für den Eingriff ist weder lokale Anästhesie noch Sedierung erforderlich.</li> <li>○ Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme ohne Lokalanästhesie.</li> </ul>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente cinco minutos.</li> <li>○ La exploración dura sólo pocos minutos.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de pocos minutos, ...</li> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 15 minutos.</li> <li>○ Se necesitan 5-15 minutos para realizarla de forma minuciosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt weniger als eine Viertelstunde.</li> <li>○ Der Eingriff dauert nur wenige Min.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa 15 Minuten.</li> </ul>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Colposcopia		Betrachtung der Scheidenhaut	
TIPO_DE	Exploración (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la vagina (FOC)	REGION	der Scheide (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el colposcopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Kolposkop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay cáncer de vagina o de cuello de útero (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Scheiden- od. Gebärmutterhalskrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Sin anestesia (FOC). Sin riesgo (FOC). Con mínimas molestias durante la exploración (FOC). Duración: unos 15 min. (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Ohne Anästhesie (FOC). Ohne Risiko (FOC). Die Untersuchung wird als leicht unangenehm empfunden (FOC). Dauer: rund 15 Min. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a COLPOSCOPIA  
para pacientes

<p><b>VARIACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen con lupa del cérvix (colposcopia).</li> <li>○ Colposcopia (exploración ginecológica de la vagina y cuello del útero).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durch Betrachtung der Scheide, eventuell mit Hilfe der Kolposkopie (der Betrachtung der Scheidenhaut mit einem Spezialmikroskop), findet Ihre Ärztin Hautveränderungen, Rötungen und auffällige Wunden.</li> <li>○ Lupen-optische Betrachtung des Gebärmuttermundes und des Gebärmutterhalseingangs (Kolposkopie).</li> </ul>
<p><b>ANESTESIA</b>  <b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza sin anestesia.</li> <li>○ Esta técnica no requiere anestesia y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza sin anestesia, ...</li> <li>○ No es necesario poner anestesia local.</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> <li>○ No es necesario utilizar ningún sedante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne Betäubung.</li> <li>○ Für den Eingriff ist weder Vollnarkose noch örtliche Betäubung erforderlich.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt ohne lokale Betäubung.</li> <li>○ Ohne Verabreichung eines sogenannten sedierenden Mittels.</li> </ul>
<p><b>RIESGOS</b> <b>PELIGRO</b> <b>MOLESTIAS</b> <b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración no conlleva riesgos.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias durante la exploración.</li> <li>○ Durante la prueba, usted puede sentir molestias en la parte afectada.</li> <li>○ La prueba es algo molesta.</li> <li>○ Puede que usted sienta alguna molestia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist risikolos.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Man spürt in der Regel leichte Schmerzen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung verspüren Sie eventuell leichte Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unangenehm.</li> <li>○ Die Untersuchung kann als unangenehm empfunden werden.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 15 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 5 y 15 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa 15 Minuten.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 5 und 15 Minuten.</li> <li>○ Die Untersuchung an sich dauert nur wenige Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

útero / Gebärmutterhöhle (acceso por la vagina)

**definición  
para médico**

### HISTEROSCOPIA

Histeroscopia		Hysteroskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	del útero (FOC)	REGION	der Innenwände der Gebärmutterhöhle (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el histeroscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Spezialendoskops, dem Hysteroskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de útero (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose des Gebärmutterkarzinoms (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Duración: varía (hasta 1 hora) (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Como primera prueba diagnóstica normalmente sustituida por la ecografía (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Dauer: bis zu 1 St. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Für eine primäre Diagnose ist eine Ultraschall-Untersuchung vorzuziehen (FOC).

Lenguaje controlado referido a HISTEROSCOPIA  
para profesionales de la salud

<p><b>ANESTESIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza normalmente bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Hysteroskopie erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Hysteroskopie ...</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 60 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente una hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de una hora, ...</li> <li>○ La realización total del proceso (histeroscopia) es de aproximadamente una hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 a 60 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 30 bis 60 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 30 und 60 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<p><b>COMPLICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Histeroscopia		Gebärmutterspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del útero (FOC)	REGION	der Gebärmutter (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el histeroscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Hysteroskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay cáncer de útero (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Gebärmutterkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	Se introduce el instrumento por la vagina y el cuello del útero hasta llegar al útero (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch Scheide u. Gebärmutterhals in die Gebärmutter vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Riesgo propio de la anestesia general (FOC). Con molestias en la parte baja del abdomen hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: hasta una hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Mit Risiko einer Vollnarkose (FOC). Geringe Schmerzen im Unterleib bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: bis zu 1 St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a HISTEROSCOPIA  
para pacientes

<b>VARIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Spiegelung der Gebärmutter bezeichnet man als Hysteroskopie.</li> </ul>	
<b>ANESTESIA SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ...</li> <li>○ Es necesario poner anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> </ul>
<b>RIESGOS PELIGRO MOLESTIAS DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 60 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 30 y 60 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

trompas de Falopio / Eileiter (acceso por la vagina)

definición  
para médico

SALPINGOSCOPIA

Salpingoscopia		Salpingoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP),
LUGAR	de las trompas de Falopio (FOC)	REGION	der Tuben (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el salpingoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Salpingoskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores benignos o malignos de las trompas de Falopio (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von benignen u. malignen Tumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Duración: varía (hasta 1 hora) (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Como primera prueba diagnóstica normalmente sustituida por la ecografía (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Dauer: bis zu 1 St. (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Für eine primäre Diagnose ist eine Ultraschall-Untersuchung vorzuziehen (FOC).

## Lenguaje controlado referido a SALPINGOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza normalmente bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Salpingoskopie erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Salpingoskopie ...</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 45 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente una hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de una hora, ...</li> <li>○ La realización total del proceso (salpingoscopia) es de aproximadamente una hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 30 a 60 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt 30 bis 60 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 30 und 60 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Salpingoscopia		Eileiterspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de las trompas de Falopio (FOC)	REGION	der Eileiter (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el salpingoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Salpingoskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de las trompas de Falopio (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Eileitertumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce en el útero pasando por la vagina y el cuello del útero hasta llegar a las trompas (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch Scheide, Gebärmutterhals u. Gebärmutter bis zu den Eileitern vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC).  Riesgo propio de la anestesia general (FOC).  Con molestias en la parte baja del abdomen hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: hasta una hora (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC).  Mit Risiko einer Vollnarkose (FOC).  Geringe Schmerzen im Unterleib bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: bis zu 1 St. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a SALPINGOSCOPIA  
para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ...</li> <li>○ Es necesario poner anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> </ul>
<p><b>RIESGOS</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p> <p><b>MOLESTIAS</b></p> <p><b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 1 hora.</li> <li>○ La exploración tarda unos 60 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 30 y 60 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



abdomen / Unterleib (acceso artificial o natural)

saco de Douglas / Douglas-Raum (acceso artificial: corte en la vagina)

definición  
para médico

### CULDOSCOPIA

Culdoscopia		Kuldoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP),
LUGAR	del fondo del saco posterior vaginal y tejido pélvico (FOC)	REGION	der Organe im Bereich des Douglas-Raumes (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el culdoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Douglasskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores del endometrio, de los ovarios y las trompas de Falopio (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Endometrium-, Ovarial- und Eileitertumoren (FOC).
PROCESO	Para la introducción del instrumento por la pared vaginal la paciente se encuentra en posición genucubital (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird bei Knie- Ellenbogen-lage der Patientin durch die Scheidenwand hindurch in den Douglas-Raum eingeführt (FOC).  Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).  Método normalmente sustituido por la pelviscopia (FOC).  Riesgo de infección provocada por la incisión de la pared (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).  Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).  Heute zugunsten der Pelviskopie weitgehend verlassene Methode (FOC).  Risiko einer durch die Inzision verursachten Infektion (FOC).

## Lenguaje controlado referido a CULDOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia local.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza normalmente bajo anestesia local.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia local.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Kuldoskopie erfolgt unter Lokalanästhesie.</li> <li>○ Die Untersuchung wird in lokaler Anästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Mittels in Lokalanästhesie durchgeführter Kuldoskopie ...</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt etwa 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la incisión.</li> <li>○ Existe riesgo de infecciones (por la incisión).</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer infecciones en la incisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf Infektionen zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Infektionsrisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Infektionsrisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Es besteht ein Risiko für Infektionen an der Inzision.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Infektionsrisiko wegen Inzision.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Culdoscopia		Douglasskopie	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del fondo del saco posterior vaginal y tejido pélvico (FOC)	REGION	der Organe im Bereich des Douglas-Raumes (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el culdoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Douglasskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer del útero, de los ovarios o las trompas de Falopio (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Gebärmutter-, Eierstock- oder Eileiterkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por un corte pequeño en la pared de la vagina hasta el abdomen inferior (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch einen kleinen Schnitt in der Scheidenwand in den Unterleib vorgeschoben (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC).  Implica riesgo pequeño de infección por el corte (FOC).  Con molestias en la parte baja del abdomen hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INO	Unter örtlicher Betäubung (FOC).  Geringes Entzündungsrisiko am Einschnitt (FOC).  Geringe Schmerzen im Unterleib bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a SALPINGOSCOPIA para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia local, ..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La culdoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Lokalanästhesie (örtliche Betäubung).</li> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter lokaler Betäubung eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird meist in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva riesgos de infección por el corte en la pared de la vagina.</li> <li>○ Es una prueba desagradable que puede producir como complicación infecciones.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia local, de tal manera que Ud. prácticamente no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Durch den Eingriff kann es zu einer Infektion am Schnitt in der Scheidenwand kommen.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie fast keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Lokalanästhesie fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

*uretra / Harnröhre*

**definición  
para médico**

**URETROSCOPIA**

Uretroscopia		Urethroskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	de la uretra (FOC)	REGION	der Urethra (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el uretroscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Urethroskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores de la uretra (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Harnröhrentumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con sedación (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Se realiza normalmente en forma de una uretrocistoscopia (FOC).</p> <p>Riesgo de complicaciones por lesiones de la uretra durante la intervención (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter medikamentöser Sedierung (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Meistens erfolgt dieser Eingriff in Form einer Urethrozystoskopie (FOC).</p> <p>Risiko akuter Komplikationen durch Verletzungen der Urethra (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a URETROSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo seadación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Der Eingriff wird unter Verabreichung eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Existe riesgo de perforación de la uretra.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de la uretra.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de la uretra.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la sedación) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la sedación (depresión respiratoria, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforationsrisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation der Urethra) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Uretroscopia		Harnröhrenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la uretra (FOC)	REGION	der Harnröhre (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el uretroscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialendoskop, dem Urethroskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de la uretra (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Harnröhrenkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce en directamente por el orificio externo de la uretra (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird direkt durch die äussere Öffnung der Harnröhre eingeführt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC). Con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra (FOC). Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung (FOC). Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff die Harnröhre verletzt wird (FOC). Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a URETROSCOPIA para pacientes

VARIACIÓN	○ Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, erfolgen.	
<p>ANESTESIA</p> <p>SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia local, ..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La exploración requiere sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> <li>○ La uretrosopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung).</li> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter örtlicher Betäubung eingesetzt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p>RIESGO</p> <p>PELIGRO</p> <p>MOLESTIA</p> <p>DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en la uretra.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de la uretra.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia local, de tal manera que Ud. prácticamente no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Harnröhrenspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Urethroskop bei der Untersuchung die Harnröhre durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie fast keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Lokalanästhesie fast schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel fast keinen Schmerz.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

*vejiga urinaria / Harnblase*

**definición  
para médico**

### CISTOSCOPIA

Cistoscopia		Zystoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la vejiga urinaria (FOC)	REGION	der Vesica Urinaria (Harnblase) (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el cistoscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Zystoskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico del carcinoma de la vejiga (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Harnblasentumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia local (FOC).</p> <p>Con sedación (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Se realiza normalmente en forma de una uretrocistoscopia (FOC).</p> <p>Riesgo de complicaciones por lesiones de la uretra durante la intervención (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter Lokalanästhesie (FOC).</p> <p>Unter medikamentöser Sedierung (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Eingriff erfolgt meistens in Form einer Urethrozystoskopie (FOC).</p> <p>Risiko akuter Komplikationen durch Verletzungen der Urethra (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a CISTOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este examen suele llevarse a cabo utilizando anestesia local y sedación.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local y sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local y seadación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie u. medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. Gabe eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 15 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Existe riesgo de perforación de la uretra.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de la uretra.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de la uretra.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la sedación) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la sedación (depresión respiratoria, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforationsrisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation der Urethra) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Cistoscopia		Harnblasenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la vejiga urinaria (FOC)	REGION	der Harnblase (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el cistoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialendoskop, dem Zystoskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de la vejiga (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Harnblasenkrebs vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce directamente por el orificio externo de la uretra hasta llegar a la vejiga urinaria (FOC). Antes de la intervención se llena la vejiga con agua (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird direkt durch die äussere Öffnung der Harnröhre in die Harnblase eingeführt (FOC). Für den Eingriff wird die Harnblasenhöhle mit Wasser gefüllt (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC). Con sedación (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra (FOC). Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung (FOC). Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff die Harnröhre verletzt wird (FOC). Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a CISTOSCOPIA para pacientes

<p>VARIACIÓN</p>	<p>La cistoscopia consiste en la introducción de un endoscopio a través de la uretra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnblase, d.h. eine Zystoskopie, erfolgen.</li> <li>○ Die wichtigste Untersuchung ist die Spiegelung der Harnblase (Zystoskopie).</li> <li>○ Harnblasenspiegelung (Zystoskopie).</li> <li>○ Über die Harnröhre wird eine Spiegelung der Harnblase durchgeführt. Man kann zusätzlich Operationsinstrumente einführen und unter Sicht den Tumor entfernen.</li> </ul>
<p>ANESTESIA  SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia local, ..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La exploración requiere sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> <li>○ La uretrosocopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung).</li> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter örtlicher Betäubung eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird meist in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p>RIESGO  PELIGRO  MOLESTIA  DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en la uretra.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de la uretra o vejiga.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La cistoscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto).</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia local, de tal manera que Ud. prácticamente no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Harnblasenspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Zystoskop bei der Untersuchung die Harnröhre durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie fast keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Lokalanästhesie fast schmerzlos.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ In den ersten Tagen nach der Zystoskopie können Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

uretra y vejiga urinaria / Harnröhre + Harnblase

**definición  
para médico**

### URETROCISTOSCOPIA

uretrocistoscopia		Urethrozystoskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopie (TOP)
LUGAR	de la vejiga urinaria y la uretra (FOC)	REGION	der Vesica Urinaria (Harnblase) und der Urethra (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio rígido, el cistouretroscopia (FOC),	INSTRUM	mittels eines starren Endoskops, dem Zystourethroskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores de la vejiga y de la uretra (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Harnblasen- und Harnröhrentumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC). Con sedación (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC). Riesgo de complicaciones por lesiones de la uretra durante la intervención (FOC).	PRAGM INFO	Unter Lokalanästhesie (FOC). Unter medikamentöser Sedierung (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC). Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC). Risiko akuter Komplikationen durch Verletzungen der Urethra (FOC).

## Lenguaje controlado referido a URETROCISTOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor.</li> <li>○ Este examen suele llevarse a cabo utilizando anestesia local y sedación ligera.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia local y sedación.</li> <li>○ El diagnóstico puede realizarse bajo anestesia local y seadación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Maßnahme erfolgt unter lokaler Anästhesie u. medikamentöser Sedierung.</li> <li>○ Die Untersuchung wird unter Lokalanästhesie u. Gabe eines sedierenden Mittels durchgeführt.</li> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie u. Verabreichung eines Beruhigungsmittels.</li> <li>○ Die Narkoseuntersuchung sollte in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Existe riesgo de perforación de la uretra.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de la uretra.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de la uretra.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la sedación) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la sedación (depresión respiratoria, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforationsrisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation der Urethra) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Uretrocistoscopia		Spiegelung von Harnröhre u. Harnblase	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la vejiga urinaria y la uretra (FOC)	REGION	der Harnröhre und Harnblase (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el uretrocistoscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialendoskop, dem Urethrozystoskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de la vejiga o de la uretra (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Harnblasen- oder Harnröhrentumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce directamente por el orificio externo de la uretra hasta llegar a la vejiga urinaria (FOC).  Antes de la intervención se llena la vejiga con agua (FOC).  Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird direkt durch die äussere Öffnung der Harnröhre in die Harnblase eingeführt (FOC).  Für den Eingriff wird die Harnblasenhöhle mit Wasser gefüllt (FOC).  Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia local (FOC). Con sedación (FOC).  La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra (FOC).  Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC).  Duración: aproximadamente media hora (FOC).  Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter örtlicher Betäubung (FOC).  Verabreichung eines Beruhigungsmittels (FOC).  Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff die Harnröhre verletzt wird (FOC).  Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC).  Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC).  Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a URETROCISTOSCOPIA para pacientes

<p>VARIACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Arzt kann mit dem Zystoskop den Blaseninnenraum betrachten. Mit einem bestimmten Zystoskop kann er auch die Harnröhre einsehen. Man spricht dann von einer Urethro-Zystoskopie.</li> <li>○ Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine Spiegelung der Harnblase, d.h. eine Zystoskopie, erfolgen.</li> </ul>	
<p>ANESTESIA  SEDACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia local.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia local y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza normalmente con anestesia local, ..</li> <li>○ No es necesario poner anestesia general.</li> <li>○ La exploración requiere sedación.</li> <li>○ Puede ser necesario algún sedante.</li> <li>○ La uretroscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Methode wird normalerweise unter örtlicher Betäubung eingesetzt.</li> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung).</li> <li>○ Der Eingriff wird meist in Lokalanästhesie durchgeführt.</li> <li>○ Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel.</li> <li>○ Eventuell wird ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes sedierendes Mittel, gegeben.</li> <li>○ Ein sedierendes Medikament kann auf Wunsch verabreicht werden.</li> <li>○ Die Patienten erhalten eventuell vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose"; der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand.</li> </ul>
<p>RIESGO  PELIGRO  MOLESTIA  DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en la uretra.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de la uretra o vejiga.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La uretroscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto).</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local para que no sienta dolor.</li> <li>○ Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia local, de tal manera que Ud. prácticamente no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Harnblasen- und Harnröhrenspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Hamröhre oder Blase ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Zystoskop bei der Untersuchung die Harnröhre durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter örtlicher Betäubung erfolgt, verspüren Sie fast keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Lokalanästhesie fast schmerzlos.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ In den ersten Tagen nach der Untersuchung können Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten.</li> </ul>
<p>DURACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<p>FIABILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

uréteres / Harnleiter

**definición  
para médico**

### URETEROSCOPIA

Ureteroscopia		Ureteroskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	del uréter (FOC)	REGION	des Ureters (FOC)
INSTRUM	por medio de un ureteroscopio rígido o flexible (FOC)	INSTRUM	mittels eines starren oder flexiblen Ureteroscops (FOC)
FUNCIÓN	para el diagnóstico de un tumor de uréter (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose eines Uretertumors (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme einer Biopsie zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia general (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Conlleva riesgo de infección por lesiones en uréter o uretra (FOC).</p> <p>Técnica que se practica casi sólo como medida terapéutica (p. ej. en caso de obstrucción) y se sustituye como prueba diagnóstica por la ureteropielografía o ecografía (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter Vollnarkose (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen des Ureters od. der Urethra (FOC).</p> <p>Technik, die fast ausschließlich für therapeutische Zwecke (z. B. bei Obstruktion) eingesetzt u. in der Diagnostik durch Ureteropyelographie u. Ultraschall ersetzt wird (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a URETEROSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Ureteroskopie ...</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximada-mente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximada-mente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de uretra y uréter.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de uretra y uréter.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la anestesia.</li> <li>○ Cabe resaltar el riesgo de perforación del uréter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Urethra oder Ureter, Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Urethra oder Ureter sowie Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Ureteroscopia		Harnleiterspiegelung	
TIPO_DE	Examen endoscópico (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del uréter (FOC)	REGION	des Harnleiters (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el ureteroscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialendoskop, dem Ureteroskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de uréter (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Harnleitertumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por la uretra y la vejiga urinaria hasta llegar al uréter (FOC). Antes de la intervención se llena la vejiga con agua (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird über die Harnröhre und Harnblase in den Harnleiter eingeführt (FOC). Für den Eingriff wird die Harnblasenhöhle mit Wasser gefüllt (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Riesgo propio de la anestesia general (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra, vejiga o uréter (FOC). Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff Harnröhre, Blase od. Harnleiter verletzt werden (FOC). Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a URETEROSCOPIA para pacientes

<b>ANESTESIA SEDACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ..</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> </ul>
<b>RIESGO PELIGRO MOLESTIA DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en la uretra.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de la uretra, vejiga o ureter.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La ureteroscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto).</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ El examen se efectuará bajo anestesia general para evitar que Ud. sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia local, de tal manera que Ud. prácticamente no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Harnleiterspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre, Blase oder des Harnleiters ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Ureteroskop bei der Untersuchung die Harnröhre oder den Harnleiter durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ In den ersten Tagen nach der Untersuchung können Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

*pelvis renal / Nierenbecken*

**definición  
para médico**

**PIELOSCOPIA**

Pieloscopia		Pyeloskopie	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	de la pelvis renal (FOC)	REGION	der Pelvis renalis (Nierenbecken) (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio flexible, el pieloscopia (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Endoskops, dem Pyeloskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores de los riñones (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Nierentumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia general (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>La pieloscopia retrógrada conlleva riesgo de infección por lesiones de uretra, vejiga, uréter o pelvis renal (FOC).</p> <p>Técnica que se practica casi sólo como medida terapéutica y se sustituye como prueba diagnóstica por la ureteropielografía o ecografía (FOC).</p> <p>En el caso de riesgo de infección y obstrucción importante es preferible una pieloscopia percutánea (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter Vollnarkose (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Wichtigste akute Komplikationen bei der retrograden Pyeloskopie durch Verletzungen von Urethra, Blase, Ureter od. Pelvis renalis (FOC).</p> <p>Technik, die fast ausschließlich für therapeutische Zwecke eingesetzt u. in der Diagnostik durch Ureteropyelographie u. Ultraschall ersetzt wird (FOC).</p> <p>Im Falle von Infektionsrisiko und schwerer Obstruktion ist eine transkutane Pyeloskopie vorzuziehen (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a PIELOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Pyeloskopie ...</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximada-mente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximada-mente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de uretra, vejiga, uréter o pelvis renal.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de uretra o uréter.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la anestesia.</li> <li>○ Cabe resaltar el riesgo de perforación del uréter o pelvis renal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Urethra, Blase, Ureter od. Pelvis renalis, Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Urethra, Blase, Ureter od. Pelvis renalis sowie Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Pieloscopia		Nierenbeckenspiegelung	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	de la pelvis renal (FOC)	REGION	des Nierenbeckens (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el pieloscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Pyeloskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de riñón (FOCO).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Nierentumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por el orificio externo de la uretra hasta llegar a los riñones, pasando por la vejiga urinaria y uréter (FOC). Antes de la intervención se llena la vejiga con agua (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird durch die äussere Öffnung der Harnröhre durch Harnblase u. Harnleiter zu den Nieren vorgeschoben (FOC). Für den Eingriff wird die Harnblasenhöhle mit Wasser gefüllt (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeprobe, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Riesgo propio de la anestesia general (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra, vejiga o uréter (FOC). Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). prueba muy fiable (FOCO).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff Harnröhre, Blase od. Harnleiter verletzt werden (FOC). Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

Lenguaje controlado referido a PIELOSCOPIA para pacientes

<p><b>ANESTESIA</b></p> <p><b>SEDACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ..</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> </ul>
<p><b>RIESGO</b></p> <p><b>PELIGRO</b></p> <p><b>MOLESTIA</b></p> <p><b>DOLOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en vejiga, uréter o pelvis renal.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de vejiga, uréter o pelvis renal.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La ureteroscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto).</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ El examen que se efectuará bajo anestesia general para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Nierenbeckenspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Blase, des Harnleiters od. Nierenbeckens ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Pyeloskop bei der Untersuchung Harnröhre, Harnleiter od. Nierenbecken durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ In den ersten Tagen nach der Untersuchung können Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten.</li> </ul>
<p><b>DURACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
<p><b>FIABILIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>



vías urinarias / Harnwege (acceso por la uretra)

*uréteres + pelvis renal / Harnleiter + Nierenbecken*

**definición  
para médico**

**URETEROPIELOSCOPIA**

Ureteropieloscopia		Ureterorenoskopie (URS)	
TIPO_DE	Endoscopia (TOP)	TYP	Endoskopische Untersuchung (TOP)
LUGAR	del uréter y la pelvis renal (FOC)	REGION	des Ureters und Nierenhohlsystems (FOC)
INSTRUM	por medio de un endoscopio flexible, el ureteroscopio (FOC),	INSTRUM	mittels eines flexiblen Endoskops, dem Ureteroskop (FOC),
FUNCIÓN	para el diagnóstico de tumores de uréter y de riñón (FOC).	FUNKTION	zur Diagnose von Ureter- oder Nierenbeckentumoren (FOC).
PROCESO	Se pueden obtener muestras de tejido para una biopsia (TOP).	PROZESS	Möglichkeit der Entnahme von Biopsien zur histologischen Untersuchung (TOP).
INFO PRAGM	<p>Con anestesia general (FOC).</p> <p>Duración: aproximadamente media hora (FOC).</p> <p>Con la máxima fiabilidad diagnóstica (FOC).</p> <p>Conlleva riesgo de infección por lesiones en vejiga, uréter o pelvis renal (FOC).</p> <p>Técnica que se practica casi sólo como medida terapéutica y se sustituye como prueba diagnóstica por la ureteropielografía o ecografía (FOC).</p>	PRAGM INFO	<p>Unter Vollnarkose (FOC).</p> <p>Dauer: ungefähr eine halbe Stunde (FOC).</p> <p>Hohe diagnostische Zuverlässigkeit (FOC).</p> <p>Wichtigste akute Komplikationen durch Verletzungen von Blase, Ureter od. Pelvis renalis (FOC).</p> <p>Technik, die fast ausschließlich für therapeutische Zwecke eingesetzt u. in der Diagnostik durch Ureteropyelographie u. Ultraschall ersetzt wird (FOC).</p>

## Lenguaje controlado referido a URETEROPIELOSCOPIA para profesionales de la salud

<b>ANESTESIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando anestesia general.</li> <li>○ La exploración suele practicarse con anestesia general.</li> <li>○ El diagnóstico se realiza bajo anestesia general.</li> <li>○ El examen se lleva a cabo usando anestesia general.</li> <li>○ En la actualidad se utiliza anestesia general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Eingriff erfolgt unter Narkose.</li> <li>○ Mittels in Vollnarkose durchgeführter Ureterorenoskopie ...</li> <li>○ Die Untersuchung wird in Vollnarkose durchgeführt.</li> <li>○ Bei Kindern ist jedoch eine Kurzarkose in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 30 minutos.</li> <li>○ La exploración dura aproximadamente media hora.</li> <li>○ La exploración, cuya duración es de media hora, ...</li> <li>○ La realización total del examen es de aproximadamente media hora.</li> <li>○ La duración de la exploración varía entre 15 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchungszeit beträgt nur 15 bis 30 Min.</li> <li>○ Die Untersuchung selbst dauert insgesamt zwischen 15 und 30 Min.</li> <li>○ Der Eingriff dauert ungefähr eine halbe Stunde.</li> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde / 30 Min.</li> </ul>
<b>FIABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Constituye una técnica fiable.</li> <li>○ El examen es un procedimiento fiable.</li> <li>○ Con la máxima fiabilidad diagnóstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung weist eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit auf.</li> <li>○ Die Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Diagnose.</li> </ul>
<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la técnica son raras.</li> <li>○ Las complicaciones de un procedimiento diagnóstico principal pueden incluir morbilidad asociada con la anestesia general.</li> <li>○ Se corren los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda.</li> <li>○ Conlleva un riesgo de padecer perforación de uretra o uréter.</li> <li>○ Las complicaciones más graves son perforación de uretra o uréter.</li> <li>○ El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la anestesia) de esta técnica es muy bajo.</li> <li>○ Como complicaciones habría posibilidades de perforación, además de complicaciones por la anestesia.</li> <li>○ Cabe resaltar el riesgo de perforación del uréter o pelvis renal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Komplikationsraten sind niedrig.</li> <li>○ Die häufigsten Komplikationen sind auf die Narkose zurückzuführen.</li> <li>○ Der Patient wird über die möglichen Komplikationen (Perforation von Blase, Ureter oder Pelvis renalis, Narkoserisiken) informiert.</li> <li>○ Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen Komplikationsrisiken (Perforation von Blase, Ureter oder Nierenbecken sowie Narkoserisiken) aufgeklärt.</li> <li>○ Die Maßnahme beinhaltet perioperative Risiken.</li> <li>○ Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Perforation.</li> </ul>

**definición  
para paciente**

Ureteropieloscopia		Spiegeluntersuchung von Harnleiter u. Nierenbecken	
TIPO_DE	Exploración endoscópica (TOP)	TYP	Betrachtung (TOP)
LUGAR	del uréter y la pelvis renal (FOC)	REGION	des Harnleiters und des Nierenbeckens (FOC),
INSTRUM	que se realiza con un instrumento especial, el ureteroscopio (FOC),	INSTRUM	bei der mit einem Spezialinstrument, dem Ureteroskop (FOC),
FUNCIÓN	para averiguar si hay un cáncer de uréter o riñón (FOC).	FUNKTION	festgestellt wird, ob ein Harnleiter- oder Nierentumor vorliegt (FOC).
PROCESO	El instrumento se introduce por la uretra y la vejiga urinaria en el uréter (FOC). Antes de la intervención se llena la vejiga con agua (FOC). Se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (TOP).	PROZESS	Das Instrument wird über die Harnröhre und Harnblase in den Harnleiter eingeführt (FOC). Für den Eingriff wird die Harnblasenhöhle mit Wasser gefüllt (FOC). Mit Möglichkeit zur Entnahme von Gewebeproben, die unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin untersucht werden (TOP).
INFO PRAGM	Con anestesia general (FOC). Riesgo propio de la anestesia general (FOC). La exploración conlleva un riesgo pequeño de provocar lesiones en la uretra, vejiga, uréter o pelvis renal (FOC). Con molestias y dolor en la parte afectada hasta 3 días después de la intervención (FOC). Duración: aproximadamente media hora (FOC). Prueba muy fiable (FOC).	PRAGM INFO	Unter Vollnarkose (FOC). Übliches Risiko einer Vollnarkose (FOC). Es besteht ein geringes Risiko, dass bei dem Eingriff Harnröhre, Blase, Harnleiter od. Nierenbecken verletzt werden (FOC). Schmerzen im betroffenen Körperbereich bis 3 T. nach Eingriff (FOC). Dauer: ungefähr eine halbe St. (FOC). Sehr zuverlässige Untersuchung (FOC).

## Lenguaje controlado referido a URETEROPIELOSCOPIA para pacientes

ANESTESIA  SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prueba se realiza con anestesia general.</li> <li>○ Esta técnica requiere anestesia general y consiste en...</li> <li>○ Esta técnica, que se realiza con anestesia general, ..</li> <li>○ La exploración no requiere sedación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung erfolgt unter / in Vollnarkose.</li> <li>○ Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt.</li> <li>○ Der Eingriff wird in Narkose durchgeführt.</li> </ul>
RIESGO  PELIGRO  MOLESTIA  DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La anestesia general supone un riesgo añadido para la paciente.</li> <li>○ La exploración conlleva los riesgos de la anestesia general.</li> <li>○ La exploración conlleva un riesgo pequeño pero real de provocar lesiones en la uretra, vejiga o uréter.</li> <li>○ Entre los riesgos que implica la aplicación de la técnica se encuentran posibles lesiones (perforación) de la uretra, vejiga o uréter.</li> <li>○ Se trata de una prueba invasiva y molesta.</li> <li>○ La prueba es molesta.</li> <li>○ La ureteroscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto).</li> <li>○ Esta prueba puede provocar cuadros de molestias abdominales durante unos días.</li> <li>○ El examen que se efectuará bajo anestesia general para evitar que sienta dolor.</li> <li>○ La prueba se lleva a cabo bajo anestesia general, de tal manera que Ud. no sienta dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung ist nicht risikolos.</li> <li>○ Es bestehen die allgemeinen Narkoserisiken.</li> <li>○ Das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Harnleiter- und Nierenbeckenspiegelung wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre, Blase oder des Harnleiters ist sehr gering.</li> <li>○ Die Gefahr, dass das Ureteroskop bei der Untersuchung die Harnröhre oder den Harnleiter durchstößt (Perforation), ist sehr gering.</li> <li>○ Die Methode bringt Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich.</li> <li>○ Bei der Untersuchung, die unter Vollnarkose erfolgt, verspüren Sie keine Schmerzen.</li> <li>○ Die Untersuchung ist unter Vollnarkose schmerzlos.</li> <li>○ Man spürt in der Regel keinen Schmerz.</li> <li>○ Nach dem Eingriff kann es zu Beschwerden / Schmerzen im Unterleib kommen.</li> <li>○ In den ersten Tagen nach der Untersuchung können Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten.</li> </ul>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tiempo que dura la prueba nunca es superior a 40 minutos.</li> <li>○ La exploración tarda unos 30 minutos.</li> <li>○ Un especialista requiere entre 15 y 30 minutos para completar el examen correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Untersuchung dauert etwa eine halbe Stunde.</li> <li>○ Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 30 Minuten.</li> </ul>
FIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta prueba se considera muy eficaz.</li> <li>○ Es una prueba muy eficaz.</li> <li>○ Se trata de una prueba fiable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dieser Untersuchung werden sehr zuverlässige Ergebnisse erzielt.</li> <li>○ Es handelt sich um eine sichere Untersuchungsmethode.</li> </ul>

La aplicación práctica que hemos presentado en el presente capítulo y que se fundamenta en los análisis realizados con nuestros *corpora* a lo largo del capítulo 5, se muestra fructífera en el sentido de que

✚ el usuario potencial de nuestra base de datos terminológica – sea receptor lego, semi profesional o profesional – tiene la posibilidad de acceder a dos tipos de definición:

(a) una definición que codifica, dentro de lo posible, los datos semánticos necesarios y suficientes para el profesional de la salud prototípico como usuario de dicha definición, ofreciéndole la información pragmática que esté en consonancia con sus expectativas reales. El lenguaje utilizado en el texto de esta definición, esto es, las realizaciones sintácticas, se basan en el lenguaje que usan los autores del corpus dirigido a especialistas, convertido previamente en metalenguaje controlado.

(b) una definición que codifica, dentro de lo posible, los datos semánticos necesarios y suficientes para el paciente, familiar o cualquier otra persona interesada en este tema como usuario lego prototípico de dicha definición, incluyendo la información pragmática que corresponda a sus demandas y necesidades reales. El lenguaje utilizado en el texto de esta definición se basa en el lenguaje que usan los autores del corpus dirigido a no especialistas, convertido previamente en metalenguaje controlado.

✚ el usuario de la base de datos terminológica, sobre todo si se trata de un escritor técnico, puede recurrir a un metalenguaje controlado y restringido que abarca los datos pragmáticos relevantes para los dos grupos de usuarios, además de incluir también la variación en el caso de la definición para el usuario lego, de modo que si los autores del corpus utilizan determinadas variantes para una unidad terminológica que, a su vez, pudiésemos considerar prototípica de un concepto concreto (dentro de la categoría *endoscopia*), se especifican todas estas variantes con su co-texto si lo hubiera. De esta forma, se accede tanto al metalenguaje controlado de las variantes, como al de los datos pragmáticos, siempre siguiendo – dentro de lo posible – un orden según el nivel de abstracción / especialización.

Respecto a la presentación del lenguaje controlado, hemos optado por mostrarlo de forma contrastiva en las dos lenguas objeto de este estudio. En primer lugar, se especifica el lenguaje controlado extraído de los *corpora* para el profesional de la salud y, en segundo lugar, el lenguaje extraído de los textos dirigidos al paciente, siempre en ambas lenguas y después de la definición correspondiente. De este modo, se aprecian también las diferencias entre los tipos y cantidad de información facilitada en cada lengua y cultura (capítulo 4), las diferentes maneras de expresión, etc.

Otro argumento a favor de esta opción de presentación de los resultados, es decir, contrastando los lenguajes dirigidos a los receptores expertos, por una parte, y los usuarios legos, por otra, en las dos culturas, es nuestro deseo que, de este modo, dichos resultados puedan serle de más utilidad a los traductores / redactores técnicos que trabajen en este ámbito. Aunque pueda ser interesante comparar los distintos niveles de especialización en un mismo área del saber, parece más probable que a receptores de un determinado nivel de conocimiento previo – por ejemplo médicos – haya que hacer llegar un mensaje en más de una lengua (por ejemplo para un congreso internacional o una página *web* en varias lenguas).

## 7. Conclusiones

En este último capítulo del presente trabajo de investigación ofreceremos un resumen de las conclusiones importantes de este estudio que podemos extraer tanto de la parte teórica como de la parte práctica. En cuanto a la parte teórica, nos referimos a la descripción de diferentes teorías procedentes de la disciplina de la terminología así como de la lexicología, por una parte, y a una propuesta de una nueva teoría de la terminología, por otra parte. Las conclusiones extraídas de la parte práctica estriban principalmente de los resultados obtenidos gracias a los análisis de nuestros *corpora*. Se trata, por tanto, de lo siguiente:

- En el capítulo 2 nos dedicamos a ofrecer un repaso tanto de la teoría tradicional de la terminología (TGT) basada en Wüster (1985) como de las propuestas más destacables en relación con una renovación profunda de dicha terminología tradicional. Estas propuestas provienen de los representantes de la denominada Socioterminología (Boulanger 1995, Gambier 1993, Gaudin 1993ab), de la Teoría Comunicativa de Terminología (TCT) de la profesora Cabré (1999abc, 2000ab, 2001), de terminólogos eminentes como Sager (1990, 1993, 1994, 1997) y Wußler (1997) así como de la Teoría Sociocognitiva de la Terminología (TST) de Termmerman (1999, 2000ab, 2001). A lo largo de este repaso teórico vamos observando, precisamente a través de estas propuestas nuevas que acabamos de mencionar, que es más que evidente que la disciplina de la terminología ha de ampliar sus fronteras y mirar hacia las condiciones socioculturales de cada ámbito del saber que pretende describir. En este sentido, una disciplina de la terminología renovada deberá de tener en cuenta el trasfondo cultural de cualquier lenguaje especializado. El profesor y terminólogo Schmitt (1998b, 1999), por ejemplo, ya habla de las especificaciones culturales de los lenguajes técnicos y de los mismos

como espejo de una imagen de la cultura técnica. Otro aspecto importante, también relacionado con la cultura a la que pertenece un texto determinado, lo constituye el tipo textual. Los tipos de textos no existen de forma independiente, sino que nacen de una cultura y su lengua y se fundamentan en ellas. De ahí surge, por tanto, la relación intrínseca entre las unidades terminológicas de un lenguaje especializado que forma parte de una lengua, y los diferentes tipos de texto donde éstas se actualicen.

- Fundamentamos nuestra propuesta encaminada hacia la aportación de aspectos pragmáticos en la nueva teoría de la terminología en la premisa de que la unidad terminológica en tanto como un tipo de unidad léxica presenta varias perspectivas o dimensiones, en concreto, una cognitiva, una lingüística y una social. A lo largo de la descripción de estas facetas del término, nos vamos dando cuenta que no deja de ser artificial dicha clasificación o diversificación, dado que en cada una de las dimensiones de la unidad terminológica también se entremezclan las dos restantes. Aunque uno de nuestros propósitos fuera una descripción individual centrándonos siempre en una sola perspectiva para, de este modo, poder resaltar lo propio y especial de ésta, nos enfrentábamos continuamente a la dificultad de poner límites, de aislar, en cierta medida, dichas perspectivas. En este sentido, cuando describíamos el Modelo Lexemático Funcional (MLF) (Martín Mingorance 1992, 1993, 1994, 1998) como punto de partida hacia una descripción de la dimensión lingüística de la unidad léxica, en realidad, las dimensiones cognitiva y social no dejaban de estar presentes. De la misma forma, analizando los aspectos cognitivos o los sociales, ocurrió otro tanto; a través de una especie de entramado de relaciones se vislumbran siempre las otras dimensiones.
- En relación con la descripción de la unidad terminológica como punto de partida hacia una nueva teoría de la terminología, nos dedicamos de forma especial a la dimensión cognitiva de la misma dado que asumíamos que todo campo o dominio específico de un área determinada nace de lo cognitivo, esto es, del conocimiento sobre el mundo almacenado en nuestra mente. Pudimos observar que la ontología del sistema informático *Ontoterm* que refleja una parte del conocimiento sobre nuestro mundo, en concreto, el campo de la oncología, está organizada de forma



jerárquica en objetos, atributos y eventos. Adoptamos la concepción del *evento* como estructura compleja formada por categorías y relaciones, que se basa en los numerosos estudios realizados por Faber (1999, 2000, 2002 y en prensa), aplicándolo a nuestra investigación. Concretamente, procediendo a la estructuración del subcampo *endoscopia* de la categoría *procedimiento diagnóstico*, basándonos en el esquema categorial del *evento oncológico* elaborado por Faber (ibid) se pudo comprobar claramente la aplicabilidad, operabilidad y eficacia de este modelo para el trabajo terminográfico.

- Gracias a la parte práctica de este trabajo podemos afirmar que resulta más que evidente que sin una metodología de estudio adecuada, cualquier resultado carece de validez. Con la extracción semiautomática de información conceptual, retórica y textual de los *corpora* diseñados específicamente para un determinado tipo de análisis, la terminología y la lexicografía especializada han dado un enorme paso adelante hacia la descripción real y objetiva de los mecanismos que se utilizan para la construcción de textos especializados, sirviéndonos de ejemplo destacable la metodología de estudio propuesta y utilizada por López Rodríguez (2000 y 2002b). En este sentido, para Bourigault & Slodzian (1999) la construcción de una terminología consiste esencialmente en análisis de *corpora* de textos:

L'activité de construction d'une terminologie devient avant tout une tâche d'analyse de corpus textuels (Bourigault & Slodzian 1999: 30).

- Estos autores dan dos razones principales a favor del trabajo con corpus: en primer lugar, como las terminologías se aplican principalmente a la construcción de textos, es necesario que éstas provengan también de textos; en segundo lugar, en los textos escritos o utilizados por expertos se encuentra gran parte de los conocimientos compartidos por dichos expertos (ibid).
- La PRAGMÁTICA de un concepto tiene que ver, en primer lugar, con la variedad de unidades terminológicas que hagan referencia a ese concepto y sus funciones (intenciones), así como con la explicación del lugar que ocupa cada una de ellas en la mente del experto y del lego. Esto nos lleva a afirmar que una descripción pragmática de un término tiene que explicar la totalidad de las variedades

denominativas mediante las que se pueda representar el mismo concepto y con qué propósitos socioculturales se utilizan o actualizan cada una de ellas. Entre los propósitos socioculturales se pueden encontrar por ejemplo los de una institución o un miembro de una comunidad que utilicen prototípicamente una variedad determinada para criticar algo (por ejemplo un miembro de Greenpeace para criticar la política del gobierno o un médico / científico para criticar el uso de un método diagnóstico concreto por considerarlo peligroso).

- A parte de la variación denominativa como uno de los aspectos pragmáticos de un concepto, una explicación pragmática de éste también ha de poder ofrecer información acerca del tipo de texto donde se suele prototípicamente actualizar cada una de las unidades terminológicas que hacen referencia a un mismo concepto. En este sentido, en el capítulo 4 ofrecimos una descripción de las condiciones concretas que determinan el uso de una unidad léxica, explicando la interdependencia que existe entre el tipo de texto y las unidades léxicas que en éste se actualicen, por una parte, y la entre las unidades léxicas y los actos de habla, por otra. De este modo, pudimos descubrir que dichos parámetros, esto es, término, tipo de texto y acto de habla, se tienen que tener en cuenta como un conjunto relacional. Hablamos de la relación triangular entre LEXEMA – TIPO DE TEXTO – ACTO DE HABLA que resulta ser fundamental a la hora de describir cada unidad terminológica.
- Después de mencionar la importancia de la variación y el tipo de texto donde se codifique una unidad terminológica determinada, resaltamos, en tercer lugar, el hecho de que la pragmática de un concepto tiene que poder relacionar cada término que a él se refiera con la descripción del conocimiento previo de uno y de otro usuario del término. La definición de esos términos ha de poder relacionar, por tanto, tipo de emisor y tipo de receptor. En este apartado no nos referimos a la variación terminológica como herramienta al servicio del emisor prototípico para llevar a cabo con ella su intención y propósito perseguidos, tal como hemos descrito con anterioridad, sino al hecho de que el emisor elige un término por unos conocimientos previos bien definidos. En concreto, entendemos el concepto de *conocimientos previos* en el sentido de imposiciones y condicionantes que recibe un

texto de aquel que lo escribe, de modo que un médico de un país determinado por ejemplo dispone de conocimiento adquirido y formado por un trasfondo socio-cultural determinado. Se trata, por tanto, de la información que relaciona la unidad terminológica con quien habla o las imposiciones socio-culturales del emisor del texto que se produce en una situación comunicativa concreta.

- Del mismo modo, hemos de hablar del conocimiento previo del receptor del texto, de sus imposiciones socioculturales que igualmente forman parte de la pragmática de un concepto dado que relacionan cada unidad terminológica que a él se refiera con la descripción del conocimiento previo del usuario concreto del texto. Es más que evidente que si hay imposiciones desde el emisor, también las hay desde el receptor, aunque eso parezca poco probable en el ámbito médico donde el especialista quizás todavía ocupe un lugar de alguna forma privilegiado. Del usuario de un texto médico también provienen condicionantes, dado que éstas vienen impuestas por sus conocimientos previos. Por eso Wittwer (2001: 77) escribe que a través del acceso por parte del emisor al mundo mental del receptor, éste, al mismo tiempo, comprende más fácilmente los conocimientos nuevos transmitidos por el mensaje:

...was dem Textproduzenten das Eindringen in die mentale Vorstellungswelt des Rezipienten und gleichzeitig dem Empfänger das Eindringen in die vermittelten Inhalte wesentlich erleichtert (ibid).

Aunque este autor se refiere en su artículo a las expectativas de los niños como receptores de algún tipo de texto de contenido médico, sus reflexiones son perfectamente extrapolables a las expectativas que pueda tener un receptor adulto. De todas formas, cualquier producción textual – especialmente las que se dirigen a niños – habría que explicarla desde un punto de vista pragmático en el sentido de las necesidades del receptor del texto. En Wittwer (ibid: 85) se describe, en el contexto del tipo textual del *comic*, el hecho de que es altamente productivo explicarles a los niños que padecen cáncer que “la enfermedad surgió porque células enfermas destruyen las células sanas, parecido a lo que ocurre cuando, por una manzana mala, se empiezan a pudrir las manzanas buenas. Y una medicina fuerte tendrá que echar las células malas fuera del cuerpo” (Wittwer ibid). El autor

insiste que tanto los niños como sus padres tienen que poder comprender y asimilar un diagnóstico grave transmitido por el médico.

- La última de las conclusiones relevantes que podemos extraer de los resultados de este trabajo de investigación, es la que se refiere al lenguaje controlado. A lo largo del capítulo 5 pudimos observar que los análisis de nuestros *corpora* nos iban llevando a una serie de resultados entre los que figuran la variación denominativa y la necesidad tanto por parte del usuario lego como del experto o semi experto de encontrar en la definición informaciones muy concretas y específicas según los conocimientos previos de cada grupo de receptores. Además, dichas informaciones tienen que ser ofrecidas con un lenguaje que corresponda a dichos conocimientos previos. Se nos brindó la oportunidad de elaborar, a partir del lenguaje extraído del corpus, un metalenguaje médico-oncológico controlado que sirviera para la construcción de las definiciones en el capítulo 6. De este modo, dicho metalenguaje y, por tanto, también las definiciones, reflejan realmente la forma en que se expresan los especialistas de nuestro ámbito del saber; el metalenguaje controlado se convierte así en un auténtico *metadiscurso*. El modelo para la elaboración de los dos tipos de definición variable que ofrecemos en el capítulo 6 está compuesto por tres partes, en concreto, (a) el esquema categorial, (b) los datos pragmáticos y (c) el metalenguaje controlado, contribuyendo cada una de ellas a que los usuarios concretos, esto es, los pacientes y familiares, así como los profesionales de la salud, entiendan mejor una definición que otra. Pudimos observar que gracias al esquema categorial se consigue estructurar el conocimiento que se quiera transmitir, de forma similar a cómo funciona nuestra mente y facilitar así la asimilación mental del conocimiento nuevo por parte del usuario; los datos pragmáticos permiten satisfacer las necesidades reales de los usuarios bien definidos. De este modo, el lenguaje controlado – quizás como última fase antes de cumplir el propósito de acercar la definición al usuario como un texto que le sirva realmente – convierte la definición en un texto escrito por un autor que sabe a quién se dirige. Esencialmente, hay dos razones por las que el usuario concreto entiende mejor la definición escrita para el grupo de receptores al que pertenece:

- a) Porque la definición muestra el lenguaje que aparece en los textos del corpus para pacientes de donde lo hemos extraído en forma de líneas de concordancia. Como hemos mencionado con anterioridad, hemos convertido las concordancias en metalenguaje de lo que surge lo que se denomina un *metadiscurso*.
- b) Porque se trata de un lenguaje que aparece en el lexicón primario. Todo lenguaje especializado forma parte de la lengua general por lo que los límites entre uno y otro suelen ser borrosos tal como destacan numerosos terminólogos, entre ellos Arntz (1993, 1994, 1996, 1998), Cabré (1999abc, 2000ab, 2001), Fluck (1997, 1998), etc.

Nos queda por dar cuenta de algunas de las posibles líneas de investigación que se podrían desarrollar a partir de este estudio. Las características específicas de este trabajo, el marco claramente delimitado que impone, tanto respecto a su tamaño como al tiempo disponible para su realización, no nos permitieron dedicarnos a una ampliación del mismo. Según nuestra opinión, se vislumbran determinadas líneas de investigación que se basarían en el desarrollo de algunos de los aspectos inherentes a este trabajo o relacionados con él, de las que, a continuación, destacaremos las más relevantes:

- 🚦 La ampliación de los análisis en el sentido de mejorar y perfeccionar los métodos de búsqueda con una posible incorporación de otras herramientas de análisis.
- 🚦 La aplicación de nuestra metodología de trabajo y análisis a la categoría completa de *procedimiento diagnóstico*.
- 🚦 La aplicación de nuestra metodología de trabajo y análisis a todo el evento oncológico.
- 🚦 La aplicación de nuestra metodología de trabajo y análisis a otros eventos biomédicos e incluso otros campos del saber.

- ✚ En relación con variación denominativa: una profundización de análisis, encaminada hacia la inclusión de los diferentes tipos de variación denominativa presentes en el corpus.
  
- ✚ Un estudio empírico que valide con traductores la posibilidad de que el lenguaje controlado sea fuente de equivalencias textuales.
  
- ✚ Un estudio empírico que apoye a otro teórico sobre la posibilidad de estudiar la gramática textual del texto médico.

## BIBLIOGRAFÍA

**Adamzik, K.** 1998. "Fachsprachen als Varietäten". Hoffmann, L. et al. (eds.). 1998. *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft = Languages for special purposes*. Berlin: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; Bd. 14). 181-189.

**AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación).** 1991. *UNE 1-066-91. Principios y métodos de la terminología*. Madrid: AENOR.

**Ahmad, K.** 1995. "Pragmatics of Specialist Terms: The Acquisition and Representation of Terminology". Steffens, P. (ed.). *Machine Translation and the Lexicon. Proceedings of the 3<sup>rd</sup>. International EAMT Workshop*. Heidelberg, 1993. Berlin/New York: Springer Verlag. 51-76.

**Ahmad, K. et al.** 1994. "What is a term? The semi-automatic extraction of terms from text". Snell-Hornby, M., F. Pöchhacker & K. Kaindl (eds.). *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 267-278.

**Ahumada Lara, I** (ed.). 2001. *Cinco siglos de lexicografía del español (IV Seminario de Lexicografía Hispánica)*. Universidad de Jaén.

**Aitchison, J.** 1987. *Words in the Mind: An introduction to the Mental Lexicon*. Oxford: Basil Blackwell.

**Alvar Esquerra, M.** 1995. "Los diccionarios españoles en su historia". *International Journal of Lexicography*. vol. 8, núm. 3. Oxford University Press 1995. 174-201.

**Anglada Arboix, E.** 1992. "Diccionarios y vocabularios de especialidad". *Anuari de Filologia*, vol. XV, 3. 9-24.

**Arntz, R. & Picht, H** 1989. *Einführung in die Terminologearbeit*. Studien zu Sprache und Technik. Hildesheim: Olms.

**Arntz, R.** 1993. "Terminological Equivalence and Translation". Sonneveld, H. B. & Loening, K. L. (eds.). *Terminology: applications in interdisciplinary communication*. Amsterdam: John Benjamins. 5-19.

\_\_\_\_\_. 1994. "Interlingualer Fachsprachenvergleich und Übersetzen". Snell-Hornby, M., F. Pöchhacker & K. Kaindl (eds.). *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 236-246.

\_\_\_\_\_. 1996. "Language description and LSP teaching". Somers, H. (ed.). *Terminology, LSP and Translation. Studies in language engineering in honour of Juan C. Sager*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins. 109-124.

\_\_\_\_\_. 1998. "Terminologie der Terminologie". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 77-82.

**Austin, J. L.** 1962. *How to Do Things with Words*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.

**Azorín Fernández, D. & Jiménez Ruíz, J. L.** 1997. *Corpus oral de la variedad juvenil universitaria del español hablado en Alicante*. Alicante, Instituto de Cultura "Juan Gil Albert".

**Azorín Fernández, D. & Martínez Linares, M<sup>a</sup> A.** 1998. "La definición lexicográfica: revisiones y propuestas". Molina Redondo, J. A. y J. De Dios Luque Durán (eds.) *Estudios de Lingüística General III*, Granada, Universidad de Granada, 1998. 1-10.

**Baker, M.** 1995. "Corpora in Translation Studies: an overview and some suggestions for future research". *Target* 7:2. 223-43.

\_\_\_\_\_. 1996. "Corpus-based translation studies: The challenges that lie ahead". Somers, H. (ed.). *Terminology, LSP and Translation. Studies in language engineering in honour of Juan C. Sager*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins. 175-186.

**Baumann, K.-D.** 1992. "Die Fachlichkeit von Texten als eine komplexe Vergleichsgrösse". Baumann, K.-D. & Kalverkämper, H. (eds.). *Kontrastive Fachsprachenforschung*. Tübingen: Narr. 29-48.

\_\_\_\_\_. 1997. "Die Fachlichkeit von Texten als Übersetzungsproblem". Fleischmann, E. et al. *Translationsdidaktik: Grundfragen der Übersetzungswissenschaft*. Tübingen: Narr. 457-463.

\_\_\_\_\_. 2001. *Kenntnissysteme im Fachtext*. Egelsbach; Frankfurt am Main: Hänsele-Hohenhausen. (Deutsche Hochschulschriften; Bd. 1193) (Leipziger Arbeiten zur Fachsprachenforschung; Bd. 16)

**Beaugrande, R. D. & Dressler, W. U.** 1997. *Introducción a la lingüística del texto*. Barcelona: Ariel.

**Béjoint, H.** 1997. "Regards sur la définition en terminologie". *Cahiers de Lexicologie* 70 (1). 19-26.



- Bell, R. T.** 1991. *Tranlation and translating. Theory and Practice*. Harlow, Essex: Longman.
- Bergenholtz, H.** 1994. "Zehn Thesen zur Fachlexikographie". Schaefer, B. & H. Bergenholtz (eds.). *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 43-56.
- Bergenholtz, H. & S. Tarp** (eds.). 1995. *Manual of Specialised Lexicography*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins.
- Biber, D., S. Conrad & R. Reppen** 1998. *Corpus linguistics: investigating language structure and use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boulanger, J.-C.** 1995. "Présentation: Images et parcours de la socioterminologie". *Meta* 40/2, 194-205.
- Bourigaut, D. & M. Slodzian.** 1999. "Pour une terminologie textuelle". *Terminologies nouvelles* 19. 29-32.
- Bowker, L.** 1996. "Towards a corpus-based approach to terminography". *Terminology* vol. 3(1). 27-52.
- Bretthauer, P.** 2000. "Das zweisprachige Fachwörterbuch: die Krücke des Übersetzers". *Lebende Sprachen* Nr. 3/2000. 121-123.
- Bühler, K.** 1934. *Sprachtheorie*. Jena: Fischer.
- Bühler, H.** 1997. "Sprache, Terminologie und Übersetzen. Rückschau und Ausblick". Grbić, N. & Wolf, M. (eds.). *Text - Kultur - Kommunikation: Translation als Forschungsaufgabe; Festschrift aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Instituts für Übersetzer- und Dolmetscherausbildung an der Universität Graz*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 85-96.
- Cabré Castellví, T.** 1993. *La terminología. Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona : Editorial Antártida / Empúries.
- \_\_\_\_\_. 1996. "Terminology today". Somers, H. (ed.). *Terminology, LSP and Translation. Studies of language engineering in honour of Juan C. Sager*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins. 15-33.
- \_\_\_\_\_. 1999a. *La terminología. Representación y comunicación. Elementos para una teoría de base comunicativa y otros artículos*. Barcelona: IULA.
- \_\_\_\_\_. 1999b. "Terminología y comunicación humana". Conferencia ofrecida en el Seminario *Gestión de Terminología y Traducción*. Centro Mediterráneo de la Universidad de Granada, Almuñécar 1999.

- \_\_\_\_\_. 1999c. "Do we need a Theory of Terminology?" *Terminology* 5(1). 5-19.
- \_\_\_\_\_. 2000a. "Elements for a theory of terminology: Towards an alternative paradigm". *Terminology* 6 (1). 35-57.
- \_\_\_\_\_. 2000b. "Terminologie et linguistique: la théorie des portes". *Terminologies nouvelles*, N° 21, juin 2000. 10-15.
- \_\_\_\_\_. 2001. "Consecuencias metodológicas de la propuesta teórica (I)". Cabré, M. Teresa & Judit Feliu (eds.). *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. 27-36.
- Cabré, M. Teresa & Judit Feliu** (eds.). 2001a. *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada.
- \_\_\_\_\_. (eds.). 2001b. *Terminología y cognición. II Simposio Internacional de Verano de Terminología*. Barcelona: IULA.
- Cabré, M. Teresa, Judit Feliu & Carles Tebé** (eds.). 2001. "Bases cognitivas de la terminología: hacia una visión comunicativa del concepto". *Sendebarr*, N° 12, 2001. 301-310.
- Cartagena, N.** 1997. "Las entradas terminadas en *-ata* en el diccionario electrónico de la Real Academia Española". *Lingüística Antverpiensia*, XXXI, 1997. 7-19.
- \_\_\_\_\_. 1998. "Acerca de la variabilidad de los términos sintagmáticos en textos españoles especializados". Wotjak, G. (ed.) *Estudios de fraseología y fraseografía del español actual*. Frankfurt am Main: Vervuert, Madrid: Iberoamericana. 281-296.
- Corpas Pastor, G. & M. Alvar Ezquerro** (coords.). 1999. *Léxico y Voces del Español*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Coseriu, E.** 1977. *El hombre y su lenguaje*. Madrid: Gredos.
- \_\_\_\_\_. 1992. *Competencia Lingüística*. Madrid: Gredos.
- Dancette, J.** 1997. "Mapping Meaning and Comprehension in Translation". Danks, J. H. et al. (eds.). *Cognitive Processes in Translation and Interpreting*. Londres: Sage. 77-103.
- Daille, B., B. Habert, Ch. Jacquemin & J. Royauté** 1996. "Empirical observation of term variations and principles for their description". *Terminology* vol. 3(2). 197-257.

- De Bessé, B.** 1997. "Terminological Definitions". Wright, S. E. & G. Budin (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 63-74.
- Dik, S. C.** 1978a. *Functional Grammar*. Amsterdam: North Holland Publishing Company.
- \_\_\_\_\_. 1978b. *Stepwise lexical decomposition*. Lisse: de Ridder.
- \_\_\_\_\_. 1989. *The Theory of Functional Grammar*. Functional Grammar Series, 9. Dordrecht. Foris Publications.
- Dressler, S.** 1994. "Texte um Texte im Kontext: Umtexe in Fachwörterbüchern". Schaefer, B. & H. Bergenholtz (eds.) 1994. *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 305-323.
- Dubuc, R. & A. Lauriston** 1997. "Terms and Contexts". Wright, S. E. & G. Budin (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 80-87.
- EAGLES.** 1996. "Preliminary Recommendations on Corpus Typology". Documento Eagles (Expert Advisory Group on Language Engineering) EAG-TCWG-CTYP/P.
- Escandell Vidal, M. V.** 1996. *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
- Estopà, R.** 2001. "Elementos lingüísticos de las unidades terminológicas para su extracción automática". Cabré, M. Teresa & Judit Feliu (eds.). *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. 67-80.
- Faber, P.** 1999. "Conceptual analysis and knowledge acquisition in scientific translation". *T & T* 2.1999. 97-123.
- \_\_\_\_\_. 2000. "La aplicación del MLF a la terminología". Seminario impartido en el Doctorado en Lingüística Aplicada del IULA (1998-2000). Universidad Pompeu Fabra.
- \_\_\_\_\_. 2002. "Terminographic definition and concept representation". *III Encontros da ASTRA-FLUP*. Porto. 25 y 26 de mayo de 2001. Faculdade da Letras. Universidade do Porto. 343-354.
- \_\_\_\_\_. En prensa. "Terminological competence and enhanced knowledge acquisition". *LICTRA 2001. VII. Internationale Fachtagung zu Grundfragen der Translatologie*. Leipzig, 4.-7. Octubre 2001. Tübingen: Stauffenbur g.

**Faber, P. & R. Mairal Usón.** 1998. "Dominios y esquemas de predicado: hacia una productividad léxica". Wotjak, G. (ed.). *Teoría del campo y semántica léxica = Théorie des champs et sémantique lexicale*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 233-273.

\_\_\_\_\_. 1999. *Constructing a lexicon of English verbs*. Berlin; New York: Mouton de Gruyter.

**Faber, P., C. I. López Rodríguez & M. I. Tercedor Sánchez** 2001. "Utilización de técnicas de corpus en la representación del conocimiento médico". *Terminology*. 7 (2). 2001. 167-197.

**Faber, P. & M. I. Tercedor Sánchez** 2001. "Codifying conceptual information in descriptive terminology management". *META*, Vol. 46, n° 1, mars 2001. 192-204.

**Faulstich, E.** 2000. "Principes formels et fonctionnels de la variation en terminologie". *Terminology*. Vol. 5 (1), 1998/1999. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 93-106.

\_\_\_\_\_. 2002. "Variação em terminologia. Aspectos de socioterminologia". Guerrero Ramos, Gloria & Manuel F. Pérez Lagos (coord.). *Panorama actual de la Terminología*. Málaga: Universidad de Málaga. 65-91.

**Felber, H. & G. Budin** 1989. *Terminologie in Theorie und Praxis*. Tübingen: Narr.

**Feliu, J.** 2001. "Propuesta de clases conceptuales y de relaciones conceptuales: recopilación y análisis. Cabré, M. Teresa & Judit Feliu (eds.). *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. 143-154.

**Fillmore, C.** 1985. "Frames and the semantics of understanding". *Quaderni di semantica*, VI. 222-254.

**Fleischmann, E. et al.** 1997. *Translationsdidaktik: Grundlagen der Übersetzungswissenschaft*. Tübingen: Narr.

**Floros, G.** 2002. *Kulturelle Konstellationen und ihre Übersetzung*. Tübingen: Narr (Jahrbuch Übersetzen und Dolmetschen 3/2002).

**Fluck, H.-R.** 1997. *Fachdeutsch in Naturwissenschaft und Technik: Einführung in die Fachsprachen und die Didaktik/Methodik des fachorientierten Fremdsprachenunterrichts (Deutsch als Fremdsprache)*. Heidelberg: Groos.

\_\_\_\_\_. 1998. "Fachsprachenforschung". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verl. 72-77.

- Freixa, J.** 2001. "Reconocimiento de unidades denominativas: incidencia de la variación en el reconocimiento de las unidades terminológicas". Cabré, M. Teresa & Judit Feliu (eds.). *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. 57-65.
- Galinski, Ch. & H. Picht** 1997. "Graphic and Other Semiotic Forms of Knowledge Representation in Terminology Management". Wright, S. E. & G. Budin (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 42-61.
- Gallardo, S.** 2000. "Clon y clonación: Variabilidad conceptual en ciencias biológicas". *Terminology* vol. 6(1), 2000. 59-78.
- Gambier, Y.** 1993. "Présupposés de la terminologie: vers une remise en cause". *TEXTconTEXT* 8/3-4. Heidelberg: Julius Groos Verlag. 155-176.
- \_\_\_\_\_. 1994. "Vers une histoire sociale de la terminologie". Snell-Hornby, M., F. Pöschhacker & K. Kaindl (eds.). *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 255-266.
- Gamero Pérez, S.** 2000. "La traducción de textos técnicos y la diversidad tipológica". *Sendebarr*, 2000. 127-158.
- \_\_\_\_\_. 2001. *La Traducción de textos técnicos*. Barcelona: Ariel.
- García Palacios, J. & M<sup>a</sup> T. Fuentes Morán** 2002. "Los diccionarios de especialidad y el traductor". Guerrero Ramos, Gloria & Manuel F. Pérez Lagos (coord.). *Panorama actual de la Terminología*. Málaga: Universidad de Málaga. 117-136.
- Garrido Medina, J.** 1997. *Estilo y texto en la lengua*. Madrid: Gredos.
- García de Quesada, M.** 1998. *Organización conceptual de una base de datos*. Proyecto de Investigación, Universidad de Granada (sin publicar).
- \_\_\_\_\_. 2001. *Estructura definicional terminográfica en el subdominio de la oncología clínica*. Madrid: CSIC/Elies.
- García de Quesada, M., P. A. Fuertes Olivera & S. Montero.** 2002. "Propuesta de estructura definicional terminográfica en OntoTerm". *Terminology* 8:1 (2002), 57-90.
- Gaudin, F.** 1990. "Socioterminology and experts discourses". Czap, H. & W. Nedobity (eds.). *Terminology and knowledge engineering. Proceedings. 2<sup>nd</sup> International Congress on Terminology and Knowledge Engineering, Universität Trier / TKE 90, vol. 2*. Frankfurt a. M. 631-641.

\_\_\_\_\_. 1993a. "Socioterminologie: propos et propositions épistémologique". *Le Langage et l'homme*. Vol. 28, n° 4, décembre. 247-257.

\_\_\_\_\_. 1993b. "Socioterminologie, du signe au sens, construction d'un champ". *Meta*, vol. 38, n° 2. 293-301.

**Gerzymisch-Arbogast, H.** 1993. "Contrastive Scientific and Technical Register as a Translation Problem". Wright, S. E. & Wright, L. D. (eds.). *Scientific and Technical Translation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 21-51.

\_\_\_\_\_. 1994a. "Identifying term variants in context: The SYSTEXT approach". Snell-Hornby, M., F. Pöchhacker & K. Kaindl (eds.). *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 279-290.

\_\_\_\_\_. 1994b. *Strategien zur Erschließung und Übersetzung von Termini in fachlichen Texten*. Tübingen: Narr (= Forum für Fachsprachenforschung).

**Gläser, R.** 1992. "Methodische Konzepte für das Tertium comparationis in der Fachsprachenforschung - dargestellt an anglistischen und nordischen Arbeiten". Baumann, K.-L. & Kalverkämper, H (eds.). *Kontrastive Fachsprachenforschung*. Tübingen: Narr. 78-92.

\_\_\_\_\_. 1998. "Fachsprachen und Funktionalstile". Hoffmann, L. et al. (eds.). 1998. *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft = Languages for special purposes*. Berlin: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; Bd. 14). 199-208.

**Göpferich, S.** 1992. "Eine pragmatische Typologie von Fachtextsorten der Naturwissenschaften und der Technik". Baumann, K.-L. & Kalverkämper, H. (eds.). *Kontrastive Fachsprachenforschung*. Tübingen: Narr. 190-210.

\_\_\_\_\_. 1995a. *Textsorten in Naturwissenschaften und Technik: pragmatische Typologie - Kontrastierung - Translation*. Tübingen: Narr.

\_\_\_\_\_. 1995b. "A Pragmatic Classification of LSP Texts in Science and Technology". *Target* 7 :2. 305-326 (1995). John Benjamins B.V., Amsterdam.

\_\_\_\_\_. 1998a. "Text, Textsorte, Texttyp". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 61-64.

\_\_\_\_\_. 1998b. *Interkulturelles "Technical Writing". Fachliches adressatengerecht vermitteln. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Tübingen: Narr.

**Gouadec, D.** 1997. "Dictionnaires terminologiques – l'impact des nouvelles technologies". *Meta* 42 (1): 24-32.

**Grupo de Investigación OncoTerm.** 2002. "ONCOTERM: Sistema Bilingüe de Información y Recursos Oncológicos". Guerrero Ramos, Gloria & Manuel F. Pérez Lagos (coord.). *Panorama actual de la Terminología*. Málaga: Universidad de Málaga. 221-237.

**Haensch, G.** 1992. "Die zweisprachige Fachlexikographie und ihre Probleme". Hausmann, F. J., O. Reichmann, H. E. Wiegand & L. Zgusta. *Wörterbücher – Dictionaries – Dictionnaires – Ein internationales Handbuch zur Lexikographie*. Band 3. Berlin, New York: Walter de Gruyter. 2937-2948. (=Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, Band 5.3.)

\_\_\_\_\_. 1997. *Los diccionarios del español en el umbral del siglo XXI: problemas actuales de la lexicografía – los distintos tipos de diccionarios; una guía para el usuario – bibliografía sobre lexicografía*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

**Haensch, G., Wolf, L. Ettinger, S. & R. Werner** 1982. *La Lexicografía. De la lingüística teórica a la lexicografía práctica*. Madrid: Editorial Gredos.

**Hahn, W. v.** (ed.) 1983. *Fachkommunikation: Entwicklung, Linguistische Konzepte, Betriebliche Beispiele*. Sammlung Göschen 2223. Berlin: de Gruyter.

**Hartmann, R. R. K.** 1996. "Contrastive textology and corpus linguistics: On the value of parallel texts". *Language Sciences* 3-4. 947-957.

**Hatim, B. & I. Mason** 1995. *Teoría de la traducción. Una aproximación al discurso*. Trad. Salvador Peña. Barcelona: Editorial Ariel.

**Heid, U.** 1997. *Zur Strukturierung von einsprachigen kontrastiven elektronischen Wörterbüchern*. Tübingen: Niemeyer.

\_\_\_\_\_. 1999. "Extracting terminologically relevant collocations from german technical texts". Sandrini, P. (ed.). *TKE '99. Terminology and knowledge engineering*. Proceedings of the Fifth International Congress on Terminology and Knowledge Engineering. Vienna: TermNet. 241-255.

**Hernández, H.** 1994. "El diccionario entre la semántica y las necesidades de los usuarios". *Aspectos lexicogr. 1994*. 107-118.

**Hess-Lüttich, E. W. B.** 1998. "Fachsprachen als Register". Hoffmann, L. et al. (eds.). 1998. *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft = Languages for special purposes*. Berlin: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; Bd. 14). 208-218.

**Hoey, M.** 1995. "The lexical nature of intertextuality: A preliminary study". Warvik, S.-K., Tanskannen, B. & R. Hiltunen (eds.). *Organization in Discourse. Proceedings from the Turku Conference*. *Anglicana Turkuensia* 14. Turku. 73-94.

**Hoffmann, L.** 1985. *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. 2ª ed. Tübingen: Narr.

\_\_\_\_\_. 1998. "Fachsprachen als Subsprachen". Hoffmann, L. et al. (eds.). 1998. *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft = Languages for special purposes*. Berlin: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; Bd. 14). 189-199.

**Hoffmann, L., H. Kalverkämper & E. Wiegand** (eds.) 1998. *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft = Languages for special purposes*. Berlin: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; Bd. 14).

**Horn-Helf, B.** 1999. *Technisches Übersetzen in Theorie und Praxis*. Tübingen; Basel: Francke.

**IRANOR (Instituto Nacional de Racionalización y Normalización)**. 1979. *Vocabulario de terminología. UNE 1-070-79*. Madrid: IRANOR.

**Jackendoff, R.** 1992. "The syntax of event structure". Levin, B. & S. Pinker (eds.). *Lexical & Conceptual Semantics*. Cambridge MA / Oxford UK: Blackwell. 9-45.

**Jacquemin, C.** 1997. "Recognition and acquisition. Two inter-related activities in corpus-based term extraction". *Terminology* 4 (2). 245-273.

**Jiménez Hurtado, C.** 1993. "Los rasgos pragmáticos en los diccionarios bilingües. Propuesta sistematizada en los verbos de alimentación". *Jornadas Internacionales de Lingüística Aplicada in Memoriam di Pietro*. Granada, Instituto de las Ciencias de la Educación.

\_\_\_\_\_. 1994. *El componente pragmático en el léxico verbal del español, alemán e inglés*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Granada.

\_\_\_\_\_. 1996. "Léxico y traducción: aplicaciones de la semántica léxica a la elaboración de un diccionario para traductores". *Segundas Jornadas sobre el Estudio y la Enseñanza del Léxico*. Granada, April 1995. Publicaciones de la Universidad de Granada, pp. 253-264.

\_\_\_\_\_. 1997a. "Redes de significado en el texto (o la utilización del MLF para una semántica aplicada a la traducción)". *ATLANTIS*. Vol. XIX, (1). 173-188.

\_\_\_\_\_. 1997b. "La codificación de la cultura en los campos léxicos y sus aplicaciones para la traducción". Wotjak, G. (ed.) (1997). *Toward a Functional Lexicology. Hacia una lexicología funcional*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 185-208.



\_\_\_\_\_. 1998. "Prototipos pragmáticos en el lexicón (La inclusión de la pragmática en el concepto de campo léxico)". Wotjak, G. (ed.). *Teoría del campo y semántica léxica = Théorie des champs et sémantique lexicale*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 275-301.

\_\_\_\_\_. 1999. "La traducción del contexto cognitivo en el texto. Redes léxicas, patrones de activación y significado textual". Elena, P. et al. (eds.). *Universo de palabras. Actas del I Simposio de la traducción del /al alemán*. Salamanca: Universidad de Salamanca. 175-200.

\_\_\_\_\_. 2000. *La estructura del significado en el texto. Análisis semántico para la traducción*. Granada: Comares.

\_\_\_\_\_. 2001. *Léxico y Pragmática*. (Studien zur romanischen Sprachwissenschaft und interkulturellen Kommunikation; Bd. 5). Frankfurt am Main: Peter Lang.

**Jiménez Hurtado, C. & C. Seibel.** 2000. "La codificación de la información pragmática en las unidades de significación especializada (USE): Una propuesta metodológica". Correia, M. (ed.). *Terminologia e indústrias da lingua – Actas do VII Simpósio Ibero-Americano de Terminologia*. 14-17 de Noviembre de 2000. Lisboa. Instituto de Linguística Teórica e Computacional.

\_\_\_\_\_. En prensa. "Modelos culturales activados en los textos especializados: hacia un concepto de representación del conocimiento experto". *LICTRA 2001. VII. Internationale Fachtagung zu Grundfragen der Translatologie*. Leipzig, 4-7. octubre 2001. Tübingen: Stauffenburg.

**Kalverkämper, H.** 1992. "Hierarchisches Vergleichen als Methode in der Fachsprachenforschung". Baumann, K.-D. & Kalverkämper, H. (eds.). *Kontrastive Fachsprachenforschung*. Tübingen: Narr. 61-77.

**Kolb, W.** 1998. "Sprachvarietäten". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 278-280.

**Krause, W.-D. (ed.)** 2000. *Textsorten: kommunikationslinguistische und konfrontative Aspekte*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

**Kußmaul, P.** 1995. *Training the Translator*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins.

\_\_\_\_\_. 1997. "Text-type conventions and translating: Some methodological issues". A. Trosborg (ed.). *Text Typology and Translation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 67-83.

\_\_\_\_\_. 1998a. "Semantik". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 49-53.

\_\_\_\_\_. 1998b. "Stilistik". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 70-73.

**L’Homme, M. C.** 2000. “Understanding Specialized Lexical Combinations”. *Terminology*, 6 (1). 89-110.

**L’Homme, M. C., C. Bodson & R. S. Valente.** 1999. “Recherche terminographique semi-automatisée en veille terminologique: experimentation dans le domaine médical”. *Terminologies nouvelles* 20. 25-36.

**Lakoff, G.** 1987. *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*. Chicago / London: University of Chicago Press.

**Langacker, R. W.** 1987. *Foundations of Cognitive Grammar. Vol. 1 Theoretical Prerequisites*. Stanford: Stanford University Press.

\_\_\_\_\_. 1991. *Foundations of Cognitive Grammar. Vol. 2. Descriptive Application*. Stanford: Stanford University Press.

**Laurén, Ch. & M. Nordman.** 1996. *Wissenschaftliche Technolekte*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

**Leech, G. & Thomas, J.** 1987. “Pragmatics and the Dictionary”. F12 –F13. *Longman Dictionary of Contemporary English*. Longman.

**Lehrndorfer, A.** 1995. “Kontrollierte Sprache und übersetzungsgerechtes Layout”. *doku '95: schreiben – illustrieren – übersetzen, 6./7. November 1995. Leonberg, 12 Referate*. Weinstadt: Adolph. 119-130.

\_\_\_\_\_. 1996. *Kontrolliertes Deutsch. Linguistische und sprachpsychologische Leitlinien für eine (maschinell) kontrollierte Sprache in der technischen Dokumentation*. (Tübinger Beiträge zur Linguistik 415). Tübingen: Narr.

**Lipka, L.** 1990. *An Outline of English Lexicology. Lexical Structure, Word Semantics and Word-Formation*. Forschung, Studium und Anglistik 3. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

**Löffler-Laurian, A. M.** 1996. “Types stylistiques à la lumière de traductions automatiques de textes spécialisés”. Spillner, B. (ed.). *Stil in Fachsprachen*. Frankfurt am Main: Lang. 138-142.

**López Rodríguez, C. I.** 2000. *Tipología textual y cohesión en la traducción biomédica inglés-español: un estudio de corpus*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

\_\_\_\_\_. 2002a. “Training translators to learn from *news report corpora*: the case of anglo-american cultural references”. Oporto. *III Encontros da ASTRA-FLUP*. Porto. 25 y 26 de mayo de 2001. Faculdade da Letras. Universidade do Porto. 213-222.

\_\_\_\_\_. 2002b. “Extracción de información conceptual, textual y retórica en terminología: la distribución de verbos en los resúmenes de artículos experimentales”. Faber, P. & C. Jiménez (eds.). *Investigar en Terminología*. Granada: Comares.

- López Rodríguez, C. I. & M. I. Tercedor Sánchez** 2000. “Aplicaciones terminológicas del estudio de la cohesión en el aula de traducción”. Correia, M. (ed.). *Terminologia e indústrias da lingua – Actas do VII Simpósio Ibero-Americano de Terminologia*. 14-17 de Noviembre de 2000. Lisboa: Instituto de Linguística Teórica e Computacional.
- Lorente, M.** 2001a. “Teoría e innovación en terminografía: la definición terminográfica”. Cabré, M. Teresa & Judit Feliu (eds.). *La Terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica (DGES PG96-0293)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. 81-112.
- \_\_\_\_\_. 2001b. “Verbos y discurso especializado”. *Estudios de Lingüística Española*. [Madrid:] <http://elies.rediris.es>.
- Lvónskaya, Z.** 1997. *Problemas actuales de la traducción*. Granada: GRANADA LINGVISTICA y MÉTODO EDICIONES.
- Mahesh, K.** 1996. *Ontology Development for Machine Translation: Ideology and Methodology*. New Mexico State University. Computing Research Laboratory. Technical Report MCCS-96-292. New Mexico.
- Mahesh, K. & S. Nirenburg.** 1995a. “Semantic Classification for Practical Natural Language Processing”. *Proceedings of the 6<sup>th</sup> ASIS SIG/CR Classification Research Workshop: An Interdisciplinary Meeting*. October 8, 1995, Chicago, Illinois.
- Mahesh, K. & S. Nirenburg** 1995b. “A Situated Ontology for Practical NLP”. *Proceedings of the Workshop on Basic Ontological Issues in Knowledge Sharing. International Joint Conference on Artificial Intelligence (IJCAI-95)*, August 1995. Montreal, Canada.
- \_\_\_\_\_. 1996. “Meaning Representation for Knowledge Sharing in Practical Machine Translation”. *Proceedings of the Florida Artificial Intelligence Research Symposium, FLAIRS-96, Special Track on Information Interchange*. May 19-22, 1996, Key West, FL.
- Maidahl Christiansen, L., Duvå, G. & A.-L. Laursen** 1994. “Das Translationswörterbuch für Fachsprachen”. Schaefer, B. & H. Bergenholtz (eds.). *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 269-304.
- Mairal Usón, R. & P. Faber** 2002. “Functional Grammar and lexical templates”. *New Perspectives on Argument Structure in Functional Grammar*. Mairal Usón, R. & M<sup>a</sup> J. Pérez Quintero (eds.). Berlin and New York: Mouton de Gruyter. 39-94.
- Márquez Linares, C.** 1998. *La Polisemia en el Campo Léxico del Cuerpo Humano: Un estudio Contrastivo Inglés-Español*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Filologías Francesa e Inglesa. Universidad de Córdoba.

\_\_\_\_\_. En prensa(a). "Propuesta para la elaboración de un protocolo de utilización de corpus para ONCOTERM". *LICTRA 2001. VII. Internationale Fachtagung zu Grundfragen der Translatologie*. Leipzig, 4.-7. octubre 2001. Tübingen: Stauffenburg.

\_\_\_\_\_. En prensa(b). "Polisemia, Vaguedad Referencial y Terminología". Grupo OncoTerm (ed.). *Investigar en terminología*. Granada: Comares.

**Márquez Linares, C. & M. García de Quesada.** 2000. "Análisis definicional terminográfico en la base de datos de conocimiento OntoTerm<sup>TM</sup>." *VII Simposio Iberoamericano de Terminología*. Lisboa, Portugal. 14-17 de Noviembre de 2000.

**Martín Mingorance, L.** 1987. "Classematics in a Functional-Lexematic Grammar of English". *Actas del X Congreso de la A.E.D.E.A.N.* Zaragoza. A.E.D.E.A.N. 377-382.

\_\_\_\_\_. 1987. "Pragmatic features in the lexicon of a Funtional Grammar". *Proceedings of the International Pragmatics Conference*. Amberes, 1987. 17-22.

\_\_\_\_\_. 1990. "Functional Grammar and Lexematics in Lexicography". Tomaszczyk, J. & Lewandowska Tomaszczyk, B. (eds.). *Meaning and Lexicography*. Amsterdam: John Benjamins. 227-253.

\_\_\_\_\_. 1992. "La Lexicografía diacrónica". Conferencia ofrecida en el Seminario dirigido por L. Martín Mingorance en los *IX Cursos Internacionales de la Universidad de Granada en Almuñécar*. Almuñécar 1992.

\_\_\_\_\_. 1993. "Fundamentos teóricos de la Pragmática Léxica". Conferencia ofrecida en el Seminario dirigido por L. Martín Mingorance en los *X Cursos Internacionales de la Universidad de Granada en Almuñécar*. Almuñécar, 1993.

\_\_\_\_\_. 1994. "La lexicografía onomasiológica". Hernández Hernández, H. (ed.). *Aspectos de Lexicografía contemporánea*. Barcelona: Bibliograf. 29-28261-290.

\_\_\_\_\_. 1998. *El modelo lexemático-funcional. El legado lingüístico de Leocadio Martín Mingorance*. Marín Rubiales, A. (ed.). Granada: Universidad de Granada.

**Mayoral Asensio, R.** 1999. *La traducción de la variación lingüística. UERTERE*. (Monográficos de la Revista *HERMENEUS*). Soria: Universidad de Valladolid.

**Meijs, W. & P. Vossen** 1992. "In so many words: knowledge as a lexical phenomenon". Pustejovsky, J. y S. Bergler (eds). *Lexical semantics and knowledge representation*. Berlin: Springer. 137-153.

**Melby, A. K. & S. E. Wright.** 1999. "Leveraging terminological data for use in conjunction with lexicographical resources". Sandrini, P. (ed.). *TKE '99. Terminology and knowledge engineering*. Proceedings of the Fifth International Congress on Terminology and Knowledge Engineering. Vienna: TermNet. 544-569.

**Mel'cuk, I.** 1988. "Semantic description of lexical units in an explanatory combinatorial dictionary: Basic principles and heuristic criteria". *International Journal of Lexicography* 1 (3). 165-188.

\_\_\_\_\_. 1996. "Lexical functions: A tool for the description of lexical relations in the lexicon". Wanner, L. (ed.). *Lexical functions in Lexicology and Natural Language Processing*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 37-102.

**Mentrup, W.** 1988. *Zur Pragmatik einer Lexikographie: Handlungsausschnitt – Sprachauschnitt – Wörterbuchauschnitt; auch zur Beschreibung schwerer Wörter in med. Kommunikation; am Beispiel fachexterner Anweisungstexte*. Tübingen: Narr.

**Meyer, I. & K. Mackintosh** 1996a. "The Corpus from a Terminographer's Viewpoint". *International Journal of Corpus Linguistics*, vol. 1 (2). 257-285.

\_\_\_\_\_. 1996b. "Refining the terminographer's concept-analysis methods: How can phraseology help?". *Terminology*, vol. 3(1). 1-26.

**Meyer, I., K. Eck & D. Skuce** 1997. "Systematic Concept Analysis within a Knowledge-Based Approach to Terminology". Wright, S. E. & Budin, G. (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 98-118.

**Meyer, I., K. Mackintosh, C. Barrière & T. Morgan** 1999. "Conceptual sampling for terminographical corpus analysis". Sandrini, P. (ed.). *TKE '99. Terminology and knowledge engineering*. Proceedings of the Fifth International Congress on Terminology and Knowledge Engineering. Vienna: TermNet. 256-267.

**Minogue, A. & Weber, S.** 1992. "Der Textvergleich als Untersuchungsmethode in der Fachsprachenforschung". Baumann, K.-L. & Kalverkämper, H. (eds.). *Kontrastive Fachsprachenforschung*. Tübingen : Narr. 49-60.

**Montero Martínez, S.** 2002. *Estructuración Conceptual y Formalización Terminográfica de Frasemas en el Subdominio de la Oncología*. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid.

**Moreno Ortiz, A.** 1998. *Diseño e Implementación de un Lexicón Computacional para Lexicografía y Traducción Automática*. Tesis doctoral. Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.

\_\_\_\_\_. 2000. "Managing conceptual and terminological information in a user-friendly environment". *Proceedings of OntoLex 2000*. Workshop on Ontologies and Lexical Knowledge Bases. Septiembre 2000. Sofía, Bulgaria.

\_\_\_\_\_. 2001. "Representación Cognitiva y Terminográfica de la Información de Contenido Especializado para la Traducción". *Programa de Doctorado: Cognición y Lenguaje*. Departamento de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada.

**Moreno Ortiz, A. & C. Pérez Hernández.** 1999. "Establecimiento de equivalentes de traducción mediante ontologías en un lexicón computacional multilingüe." *Actas del XVII congreso de AESLA*. Alcalá de Henares, 15-17 de abril de 1999.

\_\_\_\_\_. 2000. "Reusing the Mikrokosmos Ontology for Concept-Based Multilingual Terminology Databases". *Proceedings of the 2<sup>nd</sup> International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2000)*. 31 de Mayo - 2 de Junio 2000, Athenas, Grecia. 1061-1067.

\_\_\_\_\_. 2002. "Ontological Semantics and Lexical Templates: Mowing the grass from the other side of the fence." *New Perspectives on Argument Structure in Functional Grammar*. Mairal Usón, R. & M<sup>a</sup> J. Pérez Quintero (eds.). Berlin and New York: Mouton de Gruyter. 179-212.

**Müller, I.** 2002. "Kulturelle Spezifika von Abstracts". Kovtyk, B. & G. Wendt (eds.) *Aktuelle Probleme der angewandten Übersetzungswissenschaft. Sprachliche und außersprachliche Faktoren der Fachübersetzung*. Frankfurt: Peter Lang.

**Muñoz Martín, R.** 1995. *Lingüística para traducir*. Barcelona: Editorial Teide.

**Neubert, A.** 1985. *Text und Translation*. Leipzig: Enzyklopädie.

\_\_\_\_\_. 1991. "Die Wörter in der Übersetzung". *Sitzungsberichte der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig*. Band 126, Heft 4. 3-23.

\_\_\_\_\_. 1997. "Postulates for a Theory of *Translatio*". Danks, J. H. et al. (eds.). *Cognitive Processes in Translation and Interpreting*. Londres: Sage. 1-24.

\_\_\_\_\_. 1998. "Pragmatik". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verl. 56-58.

**Nirenburg, S. (ed.)** 1987. *Machine translation: Theoretical and methodological issues*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Nord, Ch.** 1988. *Textanalyse und Übersetzen: theoretische Grundlagen, Methode und didaktische Anwendung einer übersetzungsrelevanten Textanalyse*. Heidelberg: Groos.

**Pearson, J.** 1998. *Terms in Context*. Amsterdam: John Benjamins.

\_\_\_\_\_. 1999. "Comment accéder aux éléments définitoires dans les textes spécialisés?". *Terminologies Nouvelles* N° 19, 1998/1999. 21-28.

**Pérez Hernández, C.** 2000. *Explotación de los corpora textuales informatizados para la creación de bases de datos terminológicas*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.

**Pérez Hernández, C. & A. Moreno Ortiz** 2000. “Modelado conceptual para una terminología basada en el conocimiento”. *Proceedings of Riterm: VII Simposio Iberoamericano de Terminología*. Lisboa, Portugal. 14-17 de Noviembre de 2000.

**Pérez Hernández, C., A. Moreno Ortiz & P. Faber** 1999. “Lexicografía Computacional y Lexicografía de Corpus”. *Revista de la Asociación Española de Lingüística Aplicada. Panorama de la Investigación en Lingüística Computacional*. Volumen monográfico. 175-213.

**Pustejovsky, J.** 1992. “The syntax of event structure”. Levin, B. & S. Pinker (eds.). *Lexical & Conceptual Semantics*. Cambridge MA / Oxford UK: Blackwell. 47-81.

**Reiss, K.** 1971. *Möglichkeiten und Grenzen der Übersetzungskritik. Kategorien und Kriterien für eine sachgerechte Beurteilung von Übersetzungen*. München: Hueber.

\_\_\_\_\_. 1995. *Grundlagen der Übersetzungswissenschaft: Wiener Vorlesungen*. Snell Hornby, M. & Kadric, M. (eds.). Wien: WUV-Univ.-Verl.

**Reiss, K. & H. J. Vermeer** 1984. *Grundlegung einer allgemeinen Translationstheorie*. Tübingen: Narr.

**Risku, H.** 1998. *Translatorische Kompetenz. Kognitive Grundlagen des Übersetzens als Expertentätigkeit*. Tübingen: Stauffenburg.

\_\_\_\_\_. 1998. “Kognitionswissenschaft”. Snell-Hornby, M., H. G. Hönl & P. Kußmaul (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg. 119-122.

**Roldán Vendrell, M.** 2001. “La lexicografía multilingüe del español”. Ahumada Lara, I. (ed.). *Cinco siglos de Lexicografía del español*. Jaén: Universidad de Jaén. 395-409.

**Rosch, E.** 1975. “Cognitive Representations of Semantic Categories”. *Journal of Experimental Psychology*. General 104. 328-350.

\_\_\_\_\_. 1978. “Principles of Categorization”. Rosch, E. & B.B. Lloyd (eds.). *Cognition and Categorization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

**Rosch et al.** 1976. “Structural Bases of Typicality Effects”. *Journal of experimental Psychology: Human Perception and Performance*. Vol. 2, núm. 4. 491-502.

**Sager, J. C.** 1990. *A Practical Course in Terminology Processing*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins.

\_\_\_\_\_. 1993. *Curso práctico sobre el procesamiento de la terminología*. Trad. Laura Chumillas Moya. Madrid : Pirámide.

\_\_\_\_\_. 1994. *Language engineering and translation: consequences of automation*. Amsterdam : John Benjamins.

\_\_\_\_\_. 1997. "Term formation". Wright, S. E. & Budin, G. (eds.) *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 25-41.

**Sager, J. C. & A. Ndi-Kimbi. 1995.** "The conceptual structure of terminological definitions and their linguistic realisations: A report an research in progress". *Terminology* Vol. 2(1), 1995. 61-81.

**Satzger, A. (ed.) 1999.** *Sprache und Technik*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

**Schaeder, B.** 1994. "Zu einer Theorie der Fachlexikographie". Schaeder, B. & H. Bergenholtz (eds.) 1994. *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 11-41.

**Schaeder, B. & H. Bergenholtz (eds.) 1994.** *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr.

**Schmidt-Wigger, A.** 1999. "Term checking through term variation". Sandrini, P. (ed.). *TKE '99. Terminology and knowledge engineering*. Proceedings of the Fifth International Congress on Terminology and Knowledge Engineering. Vienna: TermNet. 570-581. [<http://www.iai.uni-sb.de/docs/tke.pdf>].

**Schmitt, P. A.** 1986. "Die 'Eindeutigkeit' von Fachtexten: Bemerkungen zu einer Fiktion". Snell-Hornby, M. (ed.) *Übersetzungswissenschaft - Eine Neuorientierung. Zur Integration von Theorie und Praxis*. Tübingen: Francke. 252-282.

\_\_\_\_\_. 1998a. *Translation und Technik*. Tübingen: Stauffenburg.

\_\_\_\_\_. 1998b. "Technical Writing und Übersetzen". Snell-Hornby, M., H. G. Höning & P. Kußmaul (eds.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg. 154-159.

\_\_\_\_\_. 1998c. "Defekte im Ausgangstext". Snell-Hornby, M., H. G. Höning & P. Kußmaul (eds.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg. 147-151.

\_\_\_\_\_. 1999. *Translation und Technik*. Tübingen: Stauffenburg.

**Schmitz, K.-D.** 1998. "Terminographie und Terminologienormung". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verl. 83-91.

**Schwarz, M.** 1992. *Einführung in die Kognitive Linguistik*. Tübingen: Francke.

**Searle, J.** 1979. *Expression and Meaning. Studies in the Theory of Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Seibel, C.** 2000. *La codificación de la información pragmática en las unidades de significación especializada. Un análisis en los textos especializados del campo de la*



*depuración de aguas residuales*. Proyecto de Investigación. Departamento de Traducción e Interpretación. Universidad de Granada.

**Seibel, C. & B. Robinson** 1997. "Criterios para la selección de tipos de textos en la traducción científico-técnica". Félix Fernández, L y E. Ortega Arjonilla (coordinadores). *Estudios sobre Traducción e Interpretación. Actas de las I Jornadas Internacionales de Traducción e Interpretación de la Universidad de Málaga*. Málaga: Universidad de Málaga. 199-206.

**Sinclair, J.** 1991. *Corpus, Concordance, Collocation*. Oxford: Oxford University Press.

\_\_\_\_\_. 1994. "Corpus Typology: A Framework for Classification". EAGLES document 1-18. Universidad de Birmingham, Corpus Linguistics Group.

**Sinclair, J. & J. Ball.** 1995. *Eagles Text Typology*. Informe interno de Eagles. Universidad de Birmingham, Corpus Linguistics Group.

**Sinclair, J., J. Payne & Ch. Pérez (eds.)** 1996. *Corpus to Corpus: A Study of Translation Equivalence. International Journal of Lexicography* 9 (3).

**Snell-Hornby, M.** (ed.) 1989. *Translation and Lexicography*. Papers read at the EURALEX Colloquium held at Innsbruck 2-5 July 1987. John Benjamins, Paintbrush & Euralex.

\_\_\_\_\_. 1996a. "Angst und fear: Wirklichkeit, Wörterbuch, Übersetzung". M. Snell-Hornby. *Translation und Text: ausgewählte Vorträge*. Wien: WUV-Universitätsverlag. 76-89.

\_\_\_\_\_. 1996b. "The translator's dictionary – An academic dream?". M. Snell-Hornby. *Translation und Text: ausgewählte Vorträge*. Wien: WUV-Universitätsverlag. 90-96.

\_\_\_\_\_. 1998. "Wörterbücher". Snell-Hornby, M. et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 181-184.

**Snell-Hornby, M., F. Pöchhacker & K. Kaindl (eds.)** 1994. *Translation Studies: An Interdiscipline*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

**Snell-Hornby, M., H. G. Hönig & P. Kußmaul (eds.)** 1998. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg.

**Spillner, B.** 1981. "Textsorten im Sprachvergleich: Ansätze zu einer Kontrastiven Textologie." Kühlwein, W., Thome, G. & Wills, W. (eds.). *Kontrastive Linguistik und Übersetzungswissenschaft: Akten des Internationalen Kolloquiums Trier/Saarbrücken*, 25.-30.09.1978. München: Fink. 239-250.

\_\_\_\_\_. 1996. "Interlinguale Stilkontraste in Fachsprachen". Spillner, B. (ed.). *Stil in Fachsprachen*. Frankfurt am Main: Lang. 105-137.

- \_\_\_\_\_. (ed.) 1996. *Stil in Fachsprachen*. Frankfurt am Main: Lang.
- Stolze, R.** 1994. *Übersetzungstheorien. Eine Einführung*. Tübingen: Narr.
- \_\_\_\_\_. 1999. *Die Fachübersetzung. Eine Einführung*. Tübingen: Narr.
- Strehlow, R. A.** 1997. "ISO 10241: Preparation and Layout of Terminology Standards". Wright, S. E. & G. Budin (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 203-208.
- \_\_\_\_\_. 1997. "Frames and the Display of Definitions". Wright, S. E. & G. Budin (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 75-79.
- Stubbs, M.** 1996. *Text and Corpus Analysis*. Oxford: Blackwell.
- Tarp, S.** 1994. "Funktionen in Fachwörterbüchern". Schaefer, B. & H. Bergenholtz (eds.). *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 229-246.
- Taylor, J.** 1995. *Linguistic Categorization. Prototypes in Linguistic Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Temmerman, R.** 1999. "Why traditional terminology theory impedes a realistic description of categories and terms in the life sciences". *Terminology* vol. 5(1). 77-92.
- \_\_\_\_\_. 2000a. *Towards new ways of terminology description: the sociocognitive approach*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- \_\_\_\_\_. 2000b. "Une théorie réaliste de la terminologie: le sociocognitivisme". *Terminologies nouvelles*, N° 21, juin 2000. 58-64.
- \_\_\_\_\_. 2001. "Sociocognitive terminology theory". Cabré, M. T. & J. Feliu (eds.). *Terminología y cognición. II Simposio Internacional de Verano de Terminología*. Barcelona: IULA. 75-92.
- Tercedor Sánchez, M<sup>a</sup>. I.** 1999. *La fraseología en el lenguaje biomédico: análisis desde las necesidades del traductor*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. [Disponible en <http://elies.rediris.es/elies6/>].
- Tercedor Sánchez, M. & B. Méndez Cendón** 2000. "Fraseología y variación terminológica: estudio descriptivo en corpora biomédicos". *T&T* 2.2000. 82-99.
- Teubert, W.** 1996. "Comparable or Parallel Corpora?" *International Journal of Lexicography* (9) 3. 238-264.

**Thome, G., C. Giehl & H. Gerzymisch-Arbogast** 2002. *Kultur und Übersetzung. Methodologische Probleme des Kulturtransfers*. Tübingen: Narr (= Jahrbuch Übersetzen und Dolmetschen 2 / 2001).

**Vermeer, H. J.** 1990. *Skopos und Translationsauftrag - Aufsätze*. Heidelberg: Universität Heidelberg.

**Viegas, E., K. Mahesh, S. Nirenburg & S. Beale** 1999. "Semantics in Action". Saint-Dizier, P. (ed.). *Predicative Forms in Natural Language and Lexical Knowledge Bases*. Dordrecht: Kluwer Academic Press. 171-204.

**Weissenhofer, P.** 1995. *Conceptology in Terminology. Theory, Semantics and Word-Formation*. Wien : TermNet, International Network for Terminology.

**Wiegand, H. E.** 1986. "Dialekt und Standardsprache im Dialektwörterbuch und im standardsprachlichen Wörterbuch". Friebertshäuser, H. (ed.) *Lexikographie der Dialekte*. Tübingen: Max Niemeyer.

\_\_\_\_\_. 1988. "Was eigentlich ist Fachlexikographie? Mit Hinweisen zum Verhältnis von sprachlichem und enzyklopädischem Wissen." Munske, H. et al. (eds.). *Deutscher Wortschatz. Lexikologische Studien. Ludwig Erich Schmitt zum 80. Geburtstag von seinen Marburger Schülern*. Berlin /New York: Gruyter. 729-790.

\_\_\_\_\_. 1992. "Elements of a Theory towards a So-called Lexicographic Definition". *Lexicographica* 8. 1992.

\_\_\_\_\_. 1994. "Zur Unterscheidung von semantischen und enzyklopädischen Daten in Fachwörterbüchern". Schaefer, B. & H. Bergenholtz (eds.). *Fachlexikographie: Fachwissen und seine Repräsentation in Wörterbüchern*. Tübingen: Narr. 103-132.

**Witte, H.** 2000. *Die Kulturkompetenz des Translators: begriffliche Grundlegung und Didaktisierung*. Tübingen: Stauffenburg.

**Wittgenstein, L.** 1953. *Philosophische Untersuchungen*. (Trad. esp. de Alfonso García Suárez. *Investigaciones filosóficas*. Barcelona. Ed. Crítica).

**Wittwer, M.** 2001. "Fachsprachliche Besonderheiten der verschiedenen popularisierenden Fachtextsorten in der Pädiatrie". *Fachsprache. International Journal of LSP*. 23. Jahrgang, Heft 1-2, 71-91.

**Wotjak, G.** 1987. "Zur Mitteilungspotenz lexikalischer Einheiten". *Linguistische Studien*. Reihe A, H. 160. Berlin: Akademie Verlag. 135-157.

\_\_\_\_\_. 1997. "Äquivalenz und kein Ende? Nochmals zur semantischen, kommunikativen und translatorisch-diskursiven Äquivalenz". Wotjak, D. & Schmidt, H. (eds.). *Modelle der Translation. Models of Translation*. Frankfurt: Vervuert. 133-170.

*Bibliografía*

\_\_\_\_\_. (ed.) 1998. *Teoría del campo y semántica léxica = Théorie des champs et sémantique lexicale*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

\_\_\_\_\_. 1998. "Estructuras léxicas y significado léxico". Wotjak, G. (ed.). *Teoría del campo y semántica léxica = Théorie des champs et sémantique lexicale*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 157-182.

**Wright, S. E.** 1997a. "Representation of Concept Systems". Wright, S. E. & Budin, G. (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 89-97.

\_\_\_\_\_. 1997b. "Term selection: The Inicial Phase of Terminology Management". Wright, S. E. & Budin, G. (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 13-23.

**Wright, S. E. & Budin, G.** (eds.) 1997. *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins.

**Wright, S. E. & Wright, L. D.** (eds.) 1993. *Scientific and Technical Translation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

**Wright, S. E. & Wright, L. D.** 1997. "Terminology Management for Technical Translation". Wright, S. E. & Budin, G. (eds.). *Handbook of Terminology Management. Vol.1. Basic Aspects of Terminology Management*. Amsterdam: John Benjamins. 147-159.

**Wüster, E.** 1985. *Einführung in die Allgemeine Terminologielehre und Terminologische Lexikographie*. Copenhagen: The LSP Centre, UNESCO ALSIED LSP NETWORK, The Copenhagen School of Economics.

**Wußler, A.** 1997. "Terminologie und Ideologie - Überlegungen aus translatologischer Sicht". Grbic, N. & Wolf, M. (eds.) *Text - Kultur - Kommunikation: Translation als Forschungsaufgabe; Festschrift aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Instituts für Übersetzer- und Dolmetscherausbildung an der Universität Graz*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag. 117-133.

## OBRAS LEXICOGRÁFICAS Y TERMINOGRÁFICAS UTILIZADAS

**Altman, R. & M. J. Sarg** 1991. *The Cancer Dictionary*. Nueva York: Facts on file.

*Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland*. 1985. Buenos Aires: Interamericana, 26 edic.

*Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. 1992. Barcelona: Masson, 13 edic.

*List and Glossary of medical terms: Spanish (Multilingual Glossary of technical and popular medical terms in nine European Languages)*. [Disponible en <http://allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/ES/lijst.html>].

*Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch* 1998. Berlin: de Gruyter.

*Roche-Lexikon Medizin* 1998. München; Stuttgart: Urban & Fischer.

*Wörterbuch der Medizin* 1994. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

## PUBLICACIONES SOBRE EL CÁNCER

### Manuales

**Díaz-Rubio, E. & V. Guillén Porta (eds.)** 1998. *Oncología Médica. Guía de Oncología Médica*. Madrid: Rhône Poulenc Rorer Oncology, 2ª edic.

*Manual Merck en español* [versión española de la obra “The Merck manual of diagnosis and therapy”. [Disponible en <http://msd.es/merck>].

*MSD Manual der Diagnostik und Therapie* [deutsche Bearbeitung des in englischer Sprache erschienenen Werkes “The Merck manual of diagnosis and therapy”, sixteenth edition]. 5. Aufl., München; Wien; Baltimore: 1993.

### Publicaciones y otros sitios sobre el cáncer en la red

#### En alemán

*Aerztewoche*  
[www.aerztewoche.at](http://www.aerztewoche.at)

*Aerztezeitung*  
[www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)

*Bibliografía*

*Bild der Wissenschaft*  
[www.wissenschaft.de/](http://www.wissenschaft.de/)

*Deutsche Krebshilfe*  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

*Die Tageszeitung*  
[www.taz.de](http://www.taz.de)

*Die Welt*  
[www.welt.de/](http://www.welt.de/)

*Frankfurter Allgemeine Zeitung*  
[www.faz.de](http://www.faz.de)

*Krebsinfo*  
<http://www.krebsinfo.de/>

*Leitlinien Onkologie*  
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/>

*Medicine-Worldwide*  
<http://www.m-ww.de/>

*National Cancer Institute – Cancernet PDQ*  
<http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch/>

*Cancernet PDQ für Patienten*  
<http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch/>

*netdokter*  
<http://www.netdokter.de/>  
*Tumorzentrum München*  
<http://www.med.uni-muenchen.de>

**En español**

*ABC versión on-line*  
<http://www.abc.es/abctusalud/>

*Anales Españoles de Pediatría*  
[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=37](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=37)

*Bibliografía*

*Atención primaria*

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_info.sobre?pident\\_revista=27](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=27)

*Bibliomed*

<http://www.bibliomed.com/>

*Diario Médico*

[http://www.recoletos.es/general/areas/medicina\\_salud/diario\\_medico.html](http://www.recoletos.es/general/areas/medicina_salud/diario_medico.html)

*El médico de familia*

[www.elmedicodefamilia.com](http://www.elmedicodefamilia.com)

*El Mundo versión on-line*

<http://www.elmundosalud.com/elmundosalud/>

*Jano*

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_info.sobre?pident\\_revista=1](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=1)

*Medynet*

[www.medynet.com/elmedico](http://www.medynet.com/elmedico)

*National Cancer Institute – Cancernet PDQ*

<http://www.nci.nih.gov/espanol/>

*Cancernet PDQ para pacientes*

<http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/600085.html>

*Tu otro médico*

<http://www.tuotromedico.com/>

*World Wide Hospital*

<http://www.worldwidehospital.com/>

## APÉNDICE I:

### CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ALEMÁN PARA PACIENTES.

#### VARIACIÓN

##### **ophthalmosk\***

N Concordance

1 ung ebenfalls Tochtergeschwülste entstehen. Diagnose Die Diagnose des Retinoblastoms wird immer durch die Spiegelung des Augenhintergrundes, die **Ophthalmoskopie**, gestellt. Diese Untersuchung sollte in Abhängigkeit vom Alter des Kindes in Vollnarkose erfolgen und von einem erfahrenen Augenarzt durchgeführt

##### **Auge\* + Spiegelung**

N Concordance

1 der unmittelbaren Umgebung ebenfalls Tochtergeschwülste entstehen. Diagnose Die Diagnose des Retinoblastoms wird immer durch die **Spiegelung des Augenhintergrundes**, die Ophthalmoskopie, gestellt. Diese Untersuchung sollte in Abhängigkeit vom Alter des Kindes in Vollnarkose erfolgen und von einem erfahrenen Augenarzt

##### **kehlkopfspiegel\***

N Concordance

1 normales Schilddrüsengewebe, so daß die Radiojodszintigraphie zur Metastasensuche erst nach der vollständigen Schilddrüsenentfernung durchgeführt werden kann. **Kehlkopfspiegelung** Auch hier geht es um die Ausdehnung des Tumors. Insbesondere wird festgestellt, ob die Funktion der Stimmbandnerven (Nervus recurrens), die

2 recurrens), die vor Eintritt in den Kehlkopf an der Unterseite beider Schilddrüsenlappen verlaufen, durch Tumorwachstum beeinträchtigt ist. Bei der indirekten **Kehlkopfspiegelung** (Laryngoskopie) wird dazu ein kleiner Spiegel in den Mund eingeführt. Über einen zweiten Spiegel, der an der Stirn des Arztes befestigt ist

3 Diagnose zu stellen. Zur körperlichen Untersuchung gehört auch ein gründliches Abtasten des Halses, um eventuell vergrößerte Lymphknoten festzustellen. **Kehlkopfspiegelung** (Laryngoskopie) Um zu klären, ob überhaupt eine sichtbare krankhafte Veränderung vorliegt - beispielsweise eine Entzündung, ein weißer Fleck

4 egt - beispielsweise eine Entzündung, ein weißer Fleck (Leukoplakie) oder ein Geschwür -, muß als erstes eine Untersuchung des Kehlkopfes mit Hilfe von Spiegeln (indirekte **Kehlkopfspiegelung**) oder eines Laryngoskops (direkte Kehlkopfspiegelung) durchgeführt werden. Indirekte Kehlkopfspiegelung Dabei wird ein kleiner

5 (Leukoplakie) oder ein Geschwür -, muß als erstes eine Untersuchung des Kehlkopfes mit Hilfe von Spiegeln (indirekte Kehlkopfspiegelung) oder eines Laryngoskops (direkte **Kehlkopfspiegelung**) durchgeführt werden. Indirekte Kehlkopfspiegelung Dabei wird ein kleiner Spiegel in den Mund eingeführt. Über einen zweiten Sp

6 des Kehlkopfes mit Hilfe von Spiegeln (indirekte **Kehlkopfspiegelung**) oder eines Laryngoskops (direkte Kehlkopfspiegelung) durchgeführt werden. Indirekte Kehlkopfspiegelung Dabei wird ein kleiner Spiegel in den Mund eingeführt. Über einen zweiten Spiegel oder eine Lampe (an der Stirn des Arztes befestigt) fällt

7 l klären, ob sich auf der Kehlkopfschleimhaut ein Tumor gebildet hat und, wenn ja, wie weit sein Wachstum fortgeschritten ist. Eine andere Form der indirekten **Kehlkopfspiegelung** ist die Lupenlaryngoskopie mit einer 90 Grad-Winkeloptik. Auch diese Untersuchung wird im wachen Zustand durchgeführt, eventuell wird eine

8 e dar, die durchgeführt werden kann. Sie hat sich in hervorragender Weise bei Reihenuntersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Tumoren bewährt. Direkte Kehlkopfspiegelung Wenn durch die indirekte **Kehlkopfspiegelung** bzw. durch die Lupenlaryngoskopie ein Tumorverdacht nicht ausgeschlossen werden kann oder eine v

9 in hervorragender Weise bei Reihenuntersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Tumoren bewährt. Direkte Kehlkopfspiegelung Wenn durch die indirekte **Kehlkopfspiegelung** bzw. durch die Lupenlaryngoskopie ein Tumorverdacht nicht ausgeschlossen werden kann oder eine verdächtige Veränderung vorliegt, muß eine direkte

10 fspiegelung bzw. durch die Lupenlaryngoskopie ein Tumorverdacht nicht ausgeschlossen werden kann oder eine verdächtige Veränderung vorliegt, muß eine direkte **Kehlkopfspiegelung**



durchgeführt werden. Diese Methode wird unter Narkose eingesetzt. Der untersuchende Arzt führt ein röhrenförmiges Instrument, das Laryngoskop, durch Mund

11 eine Gewebsprobe entnommen und untersucht (histologische Untersuchung). Diese Gewebeentnahme (Biopsie) erfolgt üblicherweise in Narkose während der direkten **Kehlkopfspiegelung** unter mikroskopischer Sicht. Die Biopsie ist ein ungefährliches Untersuchungsverfahren. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme

### **bronchoskop\***

N Concordance

1 gensezialisten der Royal Society of Medicine in London stellte Jeremy George ein neues Verfahren zur Erkennung von Lungenkrebs vor. Mit Hilfe der Fluoreszenz **Bronchoskopie** können auch kleine Veränderungen der Oberfläche in den Atemwegen erkannt werden. Der Arzt führt dabei ein Endoskop in die Luftröhre ein, um die Lunge zu

2 eine pfeifende Atmung, Kurzatmigkeit, Bluthusten, Heiserkeit und Schwellungen im Gesicht und am Hals. Bei Symptomen will Ihr Arzt vielleicht mit einem speziellen Instrument, einem sogenannten **Bronchoskop**, das den Rachen hinunter und in die Bronchien fährt, in Ihre Bronchien schauen. Diese Untersuchung, Bronchoskopie genannt, wird normalerweise im Krankenhaus durchgeführt. Vor der Unter

3 mptomen will Ihr Arzt vielleicht mit einem speziellen Instrument, einem sogenannten Bronchoskop, das den Rachen hinunter und in die Bronchien fährt, in Ihre Bronchien schauen. Diese Untersuchung, **Bronchoskopie** genannt, wird normalerweise im Krankenhaus durchgeführt. Vor der Untersuchung wird Ihnen ein lokales Anästhetikum (ein Medikament, durch das Sie für kurze Zeit örtlich betäubt) in

4 diese unter dem Mikroskop auf Krebszellen hin zu untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Ihr Arzt wird vielleicht auch mit einer Nadel Lungengewebe von dort entnehmen, wo er bei der **Bronchoskopie** schwer hinkommt. In Ihre Haut wird ein Schnitt eingebracht und die Nadel wird zwischen Ihre Rippen durchgeschoben. Das nennt man eine Nadel Aspirationsbiopsie. Ihr Arzt untersucht

5 ronchialschleim), der insbesondere morgens nach dem Aufwachen gewonnen wird, können eventuell Krebszellen gefunden werden, die die Verdachtsdiagnose erhärten. **Bronchoskopie** Bei Verdacht auf ein Bronchialkarzinom gehört heute die Bronchoskopie zur wichtigen Standarddiagnostik. Dabei wird ein biegsames Rohr über die Na

6 eventuell Krebszellen gefunden werden, die die Verdachtsdiagnose erhärten. Bronchoskopie Bei Verdacht auf ein Bronchialkarzinom gehört heute die **Bronchoskopie** zur wichtigen Standarddiagnostik. Dabei wird ein biegsames Rohr über die Nase in die Luftröhre bis in die Bronchien vorgeschoben. Ein optisches System aus Gla

7 nen verdächtige Lymphknoten entfernt und einer feingeweblichen (histologischen) Untersuchung zugeführt werden. Eine Mediastinoskopie ist im Vergleich zu einer **Bronchoskopie**, die im allgemeinen von einem Internisten mit besonderer Qualifikation im Bereich der Lungenerkrankungen (Pulmonologe) durchgeführt wird, ein ch

8 computertomographischer Sicht sinnvoll sein. Dies gilt besonders dann, wenn die Geschwulst nicht zentral in der Nähe der großen Bronchien liegt, die am besten durch eine **Bronchoskopie** zugänglich sind. Unter CT-Kontrolle kann eine Biopsienadel unter indirekter Sicht durch den Radiologen Zentimeter genau (bei guten Untersuchungs

9 bgrenzen kann als mit anderen Methoden und damit die Tumorausbreitung innerhalb der Speiseröhrenwand und in deren Umgebung exakter bestimmen kann **Bronchoskopie** Eine Untersuchung der Luftröhre und der großen Bronchien mit einem schlauchförmigen Instrument (Bronchoskop). Der Arzt kann damit Schleimhautveränderu

10 öhrenwand und in deren Umgebung exakter bestimmen kann Bronchoskopie Eine Untersuchung der Luftröhre und der großen Bronchien mit einem schlauchförmigen Instrument (**Bronchoskop**). Der Arzt kann damit Schleimhautveränderungen der Luftröhre und der an diese folgenden großen Bronchien erkennen und ggf. Proben für

11 Lungenspiegelung (**Bronchoskopie**) Untersuchung der Lunge mit einem Endoskop. Wird in der Fachsprache als Bronchoskopie bezeichnet. Siehe auch Endoskopie.

12 Lungenspiegelung (Bronchoskopie) Untersuchung der Lunge mit einem Endoskop. Wird in der Fachsprache als **Bronchoskopie** bezeichnet. Siehe auch Endoskopie.

13 und Röntgenuntersuchung ebenfalls zuverlässig untersucht werden. Die Luftröhre mit ihren Aufzweigungen kann ebenfalls endoskopisch untersucht werden, man spricht dann von einer

**Bronchoskopie.** Retrograd, d.h. über den After: Koloskopie (Spiegelung der Dickdarmes) Rektoskopie (Spiegelung des Enddarmes) Chirurgie In der Chirurgie wird z.

14 gesteigert. Das Gefäß sollte möglichst schnell in die Arztpraxis gebracht werden. Bronchialsekret kann auch im Rahmen einer **Bronchoskopie** entnommen werden. Diese Methode liefert genauere Ergebnisse, da die Gefahr der Kontamination, also einer Ver

15 der Entnahme von Sputum auftreten? Die Abhustmethode ist praktisch ungefährlich. Bei einer Sputum-Entnahme im Rahmen einer **Bronchoskopie** kann es zu folgenden Komplikationen kommen: Bronchospasmus (unwillkürliche Verengung der Bronchien)

16 Verfahren, z.B. einer Röntgenuntersuchung, diagnostiziert werden. Eine wichtige Untersuchungsmethode ist auch die **Bronchoskopie**. Vorlage: Vedrana Romanovic, Mitarbeit: Marita Vollborn letzte Aktualisierung: September 2000

17 bildgebenden Verfahren wie Ultraschall-Untersuchung, Computer-Tomographie und Kernspin-Tomographie Durch eine **Bronchoskopie** Mit Hilfe einer Ultraschall-Untersuchung des Herzens (Echokardiographie) Vorlage: Vedrana Romanovic,

18 Lunge durchführen. Der Auswurf (Sputum) wird auf Krebszellen untersucht. Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf Lungenkrebs, wird zusätzlich eine **Bronchoskopie** (endoskopische Untersuchung der Bronchien) durchgeführt, bei der Gewebeprobe und Zellmaterialien zur Diagnosesicherung gewonnen werden.

19 Bronchoskopie Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine **Bronchoskopie**? Der Begriff Bronchoskopie setzt sich aus den beiden griechischen Wortteilen „bronchus“ und „skopein“ zusammen, wobei ersteres „Luftröhre“

20 „skopein“ zusammen, wobei ersteres „Luftröhre“ bedeutet und letzteres mit „schauen“ übersetzt werden kann. Die **Bronchoskopie** dient somit der Untersuchung der Atemwege, also der Luftröhre und der großen Abzweigungen (Bronchien).

21 Untersuchung der Atemwege, also der Luftröhre und der großen Abzweigungen (Bronchien). Wie funktioniert die **Bronchoskopie**? Die Bronchoskopie ist eine Untersuchung des Bronchial-Systems mit einem biegsamen Sp

22 Die **Bronchoskopie** ist eine Untersuchung des Bronchial-Systems mit einem biegsamen Spezial-Endoskop, dem Bronchoskop. Der Arzt kann mit dem Bronchoskop ähnlich wie mit einer Kamera die Bronchien betrachten. Ein Bronchoskop ist

23 es Bronchial-Systems mit einem biegsamen Spezial-Endoskop, dem Bronchoskop. Der Arzt kann mit dem **Bronchoskop** ähnlich wie mit einer Kamera die Bronchien betrachten. Ein Bronchoskop ist ein flexibles Endoskop, bestehend aus einem

24 Spezial-Endoskop, dem **Bronchoskop**. Der Arzt kann mit dem Bronchoskop ähnlich wie mit einer Kamera die Bronchien betrachten. Ein Bronchoskop ist ein flexibles Endoskop, bestehend aus einem optischen System, einer Lichtquelle, Spül- und

25 en zum Einführen von chirurgischen Instrumenten, wie z. B. einer Zange. Oftmals ist die Optik des **Bronchoskops** über eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Die Luftröhre (lila, dick) verzweigt sich in den

26 s, der sich wiederum in weitere Bronchien (lila) aufzweigt Wann wird die **Bronchoskopie** angewandt? Bei Verdacht auf Erkrankungen der Bronchien oder der Lunge kann eine Bronchoskopie erforderlich sein.

27 Wann wird die Bronchoskopie angewandt? Bei Verdacht auf Erkrankungen der Bronchien oder der Lunge kann eine **Bronchoskopie** erforderlich sein. Folgende Erkrankungen kann der Arzt mit Hilfe dieser Untersuchungsmethode diagnostizieren:

28 nach der Spülung in einem Labor auf Tumorzellen, Pilze oder entzündliche Lungenerkrankungen hin untersucht. Außerdem kann der Arzt bei der **Bronchoskopie** ein Röntgen-Kontrastmittel in die Bronchien einbringen, um sie mit Hilfe der Röntgenuntersuchung sichtbar zu

29 Sie dient beispielsweise zur Diagnostik von Missbildungen der Bronchien. Neben dem Erkennen von Krankheiten können mittels **Bronchoskopie** therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu gehören z. B.: Absaugen von zähem Schleim Entfernen

30 Elementen) für die lokale Strahlentherapie bei einem Bronchial-Karzinom Was ist im Vorfeld der **Bronchoskopie** zu beachten? Bei ausgeprägten Lungen-Funktionsstörungen, schwerer Herzmuskelschwäche, akutem Herzinfarkt und

31 schwerer Herzmuskelschwäche, akutem Herzinfarkt und Blutgerinnungs-Störungen muss der Arzt zwischen Nutzen und Risiko der **bronchoskopischen** Untersuchung abwägen. Um die genannten Erkrankungen auszuschließen, werden vor der Bronchoskopie ein Röntgenbild des Brustkorbs

32utzen und Risiko der bronchoskopischen Untersuchung abwägen. Um die genannten Erkrankungen auszuschließen, werden vor der **Bronchoskopie** ein Röntgenbild des Brustkorbs (Röntgen-Thorax) und ein EKG angefertigt sowie die Lungenfunktion und der Gerinnungsstatus bestimmt.

33tkorbs (Röntgen-Thorax) und ein EKG angefertigt sowie die Lungenfunktion und der Gerinnungsstatus bestimmt. Wie wird eine **Bronchoskopie** durchgeführt? Zunächst wird dem Patienten zur Beruhigung ein Schlafmittel verabreicht. Die Bronchoskopie wird dann

34mt. Wie wird eine Bronchoskopie durchgeführt? Zunächst wird dem Patienten zur Beruhigung ein Schlafmittel verabreicht. Die **Bronchoskopie** wird dann entweder in Lokalanästhesie oder in Vollnarkose durchgeführt. Zur Untersuchung führt der Arzt das B

35Bronchoskopie wird dann entweder in Lokalanästhesie oder in Vollnarkose durchgeführt. Zur Untersuchung führt der Arzt das **Bronchoskop** in die Luftröhre ein und schiebt es bis in die Lunge vor. Er kann dabei einzelne Abschnitte spülen und die Spü

36Bedarf kann er auch die bereits beschriebenen therapeutischen Maßnahmen durchführen. Welche Komplikationen können bei der **Bronchoskopie** auftreten? Es kann zu folgenden Komplikationen kommen: Broncho-Spasmus (unwillkürliche Verengung von

37Tumors oder auf Metastasen. Diagnostizieren lässt sich das Karzinom jedoch nur, wenn man Krebszellen findet. Die zuverlässigsten Ergebnisse erzielt dabei die **Bronchoskopie**, bei der die Atemwege mittels eines biegsamen optischen Systems ausgeleuchtet werden. Pro Jahr erkranken etwa 27.000 Männer an Prostatakrebs. Wie beim

#### **bronchien+ endoskopische/untersuchung**

N Concordance

1ngen im Gesicht und am Hals. Bei Symptomen will Ihr Arzt vielleicht mit einem speziellen Instrument, einem sogenannten Bronchoskop, das den Rachen hinunter und in die Bronchien fährt, in Ihre **Bronchien** schauen. Diese **Untersuchung**, Bronchoskopie genannt, wird normalerweise im Krankenhaus durchgeführt. Vor der Untersuchung wird Ihnen ein lokales Anästhetikum (ein Medikament, durch das Si

2Der Auswurf (Sputum) wird auf Krebszellen untersucht. Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf Lungenkrebs, wird zusätzlich eine Bronchoskopie (**endoskopische Untersuchung der Bronchien**) durchgeführt, bei der Gewebeproben und Zellmaterialien zur Diagnosesicherung gewonnen werden. Wie wird Lungenkrebs behandelt? Falls noch

#### **mediastinoskop\***

N Concordance

1Untersuchungsgang kann er auch Sekret aus tiefen Bronchialabschnitten absaugen und ähnlich wie Sputum unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. **Mediastinoskopie** Unter Vollnarkose wird durch einen kleinen Schnitt über dem Brustbein ein Gerät mit einem optischen System in den mittleren Brustraum (Mediast

2Unter Vollnarkose wird durch einen kleinen Schnitt über dem Brustbein ein Gerät mit einem optischen System in den mittleren Brustraum (Mediastinum) vorgeschoben (**Mediastinoskopie**). Durch das röhrenförmige Gerät können verdächtige Lymphknoten entfernt und einer feingeweblichen (histologischen) Untersuchung zugeführt we

3h das röhrenförmige Gerät können verdächtige Lymphknoten entfernt und einer feingeweblichen (histologischen) Untersuchung zugeführt werden. Eine **Mediastinoskopie** ist im Vergleich zu einer Bronchoskopie, die im allgemeinen von einem Internisten mit besonderer Qualifikation im Bereich der Lungenerkrankungen (Pulmonolo

#### **thorakoskop\***

N Concordance

1**Thorakoskopie** Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie ist eine endos

2Thorakoskopie Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine **Thorakoskopie**? Die Thorakoskopie ist eine endoskopische Untersuchung der Pleurahöhle. Die Pleurahöhle ist der Raum zwischen

3Thorakoskopie Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Thorakoskopie? Die **Thorakoskopie** ist eine endoskopische Untersuchung der Pleurahöhle. Die Pleurahöhle ist der Raum zwischen dem Lungenfell, das die Lunge umgibt, dem R

4 uskleidung der Rippen handelt, und dem Zwerchfell, das als dünne Muskelschicht den Bauchraum vom Brustraum trennt. Mit der **Thorakoskopie** kann der Arzt Teile des Brustkorbs einsehen. "Thorax" leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet Brustraum. "Skopein" stammt auch

5 ab und bedeutet Brustraum "Skopein" stammt auch aus dem Griechischen und wird mit sehen übersetzt. Wie funktioniert die **Thorakoskopie**? Der Arzt benötigt für die Thorakoskopie ein spezielles Endoskop, das Thorakoskop. Dabei handelt es sich um ein

6 mmt auch aus dem Griechischen und wird mit sehen übersetzt. Wie funktioniert die Thorakoskopie? Der Arzt benötigt für die **Thorakoskopie** ein spezielles Endoskop, das Thorakoskop. Dabei handelt es sich um ein starres, optisches Instrument. Es besteht aus Objektiv,

7 sehen übersetzt. Wie funktioniert die Thorakoskopie? Der Arzt benötigt für die Thorakoskopie ein spezielles Endoskop, das **Thorakoskop**. Dabei handelt es sich um ein starres, optisches Instrument. Es besteht aus Objektiv, Okular und einer Beleuchtungseinrichtung. Zudem werden

8 n Instrumente zur Entnahme von Gewebeproben oder für kleinere operative Eingriffe eingeführt werden können. Die Optik des **Thorakoskops** ist oft zur Arbeitserleichterung über eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Warum wird eine Thorakoskopie durchgeführt?

9 ie Optik des Thorakoskops ist oft zur Arbeitserleichterung über eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Warum wird eine **Thorakoskopie** durchgeführt? Unter folgenden Umständen kann eine Thorakoskopie vorgenommen werden: Bei unklarer Flüssigkeit

10 eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Warum wird eine Thorakoskopie durchgeführt? Unter folgenden Umständen kann eine **Thorakoskopie** vorgenommen werden: Bei unklarer Flüssigkeitsansammlung in der Pleurahöhle (Pleura-Erguss)

11 dig werden bei immer wiederkehrenden Pleura-Ergüssen oder bei wiederholtem Pneumothorax. Was ist im Vorfeld einer **Thorakoskopie** zu beachten? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen Narkoserisiken

12 renden Pleura-Ergüssen oder bei wiederholtem Pneumothorax. Was ist im Vorfeld einer Thorakoskopie zu beachten? Vor der **Thorakoskopie** wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen Narkoserisiken aufgeklärt. Außerdem überprüft der Arzt mit einer

13 aufgeklärt. Außerdem überprüft der Arzt mit einer Blutuntersuchung das Blutbild, die Gerinnung und die verschiedenen Enzyme. Zur **Thorakoskopie** muss der Patient nüchtern erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken. Wie verläuft

14 kopie muss der Patient nüchtern erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken Wie verläuft eine **Thorakoskopie**? Die Thorakoskopie wird unter Narkose durchgeführt. Meist muss vor der Spiegelung ein Pneumothorax erzeugt werden

15 nüchtern erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken. Wie verläuft eine Thorakoskopie? Die **Thorakoskopie** wird unter Narkose durchgeführt. Meist muss vor der Spiegelung ein Pneumothorax erzeugt werden, damit die Pleurahöhle verbreitet und d

16 Hautschnitt zwischen zwei Rippen ein rohrartiges Instrument (Trokar) in die Brusthöhle eingeführt. Über den Trokar schiebt der Arzt das **Thorakoskop** hinein. Neben der Betrachtung der Pleurahöhle kann er auch kleinere operative Eingriffe vornehmen oder Gewebeproben

17 eingedrungene Luft aus dem Brustkorb durch Sog entfernt wird. Dadurch kann sich die Lunge wieder entfalten. Welche Komplikationen können bei der **Thorakoskopie** auftreten? In seltenen Fällen können folgende Komplikationen auftreten: Blutung

#### **pleurahöhle**

N Concordance

1 tin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie ist eine endoskopische Untersuchung der **Pleurahöhle**. Die Pleurahöhle ist der Raum zwischen dem Lungenfell, das die Lunge umgibt, dem Rippenfell, bei dem es sich um die innere Auskleidung d

2 arzt für Chirurgie Was ist eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie ist eine endoskopische Untersuchung der Pleurahöhle. Die **Pleurahöhle** ist der Raum zwischen dem Lungenfell, das die Lunge umgibt, dem Rippenfell, bei dem es sich um die innere Auskleidung der Rippen

3 Unter folgenden Umständen kann eine Thorakoskopie vorgenommen werden: Bei unklarer Flüssigkeitsansammlung in der **Pleurahöhle** (Pleura-Erguss) Bei Verdacht auf Lungenkrebs oder eine Tumorerkrankung des "Lungenfells": Hier wird meist

4 rkrankung Bei wiederkehrendem, unklarem Pneumothorax: Im Falle eines Pneumothoraxes befindet sich Luft in der **Pleurahöhle**, wodurch der Lungenflügel zusammenfällt. Zur Betrachtung und gleichzeitigen Abtragung einer Blase an der Lunge (Lungenzyste)

5 Die Thorakoskopie wird unter Narkose durchgeführt. Meist muss vor der Spiegelung ein Pneumothorax erzeugt werden, damit die **Pleurahöhle** verbreitert und damit besser einsehbar ist. Dazu wird über einen kleinen Hautschnitt zwischen zwei Rippen ein rohrartiges

6 Instrument (Trokar) in die Brusthöhle eingeführt. Über den Trokar schiebt der Arzt das Thorakoskop hinein. Neben der Betrachtung der **Pleurahöhle** kann er auch kleinere operative Eingriffe vornehmen oder Gewebeprobe entnehmen. Außerdem besteht die Möglichke

7 kann auch ein Pleura-Erguss oder ein Pneumothorax nachgewiesen werden. Eine Alternative zur Darstellung der Lunge und der **Pleurahöhle** bietet die Computer-Tomographie (CT) oder die Kernspintomographie (Magnet-Resonanz-Tomographie, MRT). Allerd

8 us dem Lungenfell, das die Lunge umgibt, und dem Rippenfell, das die Brusthöhle innen zwischen den Rippen auskleidet. Die **Pleurahöhle** ist der spaltförmige Raum zwischen dem Lungenfell und Rippenfell sowie zwischen dem Lungenfell und dem Zwerchfell.

9 ungenfell und Rippenfell sowie zwischen dem Lungenfell und dem Zwerchfell. Bei einer Pleurapunktion punktiert der Arzt die **Pleurahöhle**. Der Begriff Punktion leitet sich aus dem Lateinischen „punctio“ ab und bedeutet Einstich. Wie funktioniert ein

10 gnostischen Gründen als auch zu therapeutischen Zwecken erfolgen. Ein Pleura-Erguss ist eine Flüssigkeitsansammlung in der **Pleurahöhle**. Dieser kann viele Ursachen haben. Durch Punktion und anschließende Untersuchung des Pleura-Ergusses auf Zellen, Eiweiß, Zucker,

11 mit Pleurodese notwendig sein. Behandlung eines Pneumothorax: Bei einem Pneumothorax befindet sich Luft in der **Pleurahöhle**. Die Luft ist durch ein geplatzt Lungenbläschen oder eine Verletzung des Lungengewebes aus der Lunge

12 eine von einem Kunststoffröhrchen umhüllte Hohnadel zwischen zwei Rippen durch die Haut und die Zwischenrippen-Muskulatur in die **Pleurahöhle** ein. Durch eine auf die Kanüle aufgesetzte Spritze kann etwas Pleura-Erguss abgesaugt und zur weiteren Untersuchung in

13 leurodese wird ein Drainageschlauch, der dem Abführen von Flüssigkeit oder Luft dient, durch eine spezielle Kanüle in die **Pleurahöhle** eingeführt. Mit einem daran angeschlossenen Unterdrucksystem wird ein Dauersog erzeugt. Dieser führt zur Entleerung des Pleura-Ergusses

#### **pleurahöhle+untersuchung**

N Concordance

1 tin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie ist eine endoskopische **Untersuchung der Pleurahöhle**. Die Pleurahöhle ist der Raum zwischen dem Lungenfell, das die Lunge umgibt, dem Rippenfell, bei dem es sich um die innere Auskleidung d

#### **speiseröhre+spiegel\***

N Concordance

1 stigt ist, fällt Licht auf den im Mund befindlichen Spiegel, so daß der Rachen und Kehlkopf mit den Stimmbändern gut zu erkennen ist. **Spiegelung der Luft- und Speiseröhre** Bei der Spiegelung von Luft- und Speiseröhre durch einen biegsamen Schlauch mit einem optischen System kann man sehen, ob Luft- und Speiseröhre dur

2 l, so daß der Rachen und Kehlkopf mit den Stimmbändern gut zu erkennen ist. Spiegelung der Luft- und Speiseröhre Bei der **Spiegelung von Luft- und Speiseröhre** durch einen biegsamen Schlauch mit einem optischen System kann man sehen, ob Luft- und Speiseröhre durch den Tumor in Mitleidenschaft gezogen worden sind.

3 Tumormarker, die NMR-Untersuchung sowie in letzter Zeit die Einführung der PET-Untersuchung. Auch die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die **Spiegelung der Speiseröhre**, des Magens und des Zwölffingerdarms, die endoskopische Untersuchung des Pankreas- und Gallenganges und des Zwölffingerdarms, die endoskopische Un

#### **speiseröhrenspiegel\***

N Concordance

1 its zu groß, um operiert werden zu können. Wie diagnostiziert der Arzt den Speiseröhrenkrebs? Hauptsächlich durch eine **Speiseröhrenspiegelung** (Ösophagoskopie). Bestätigt wird ein Verdacht durch eine Gewebeentnahme (Biopsie). Wie wird Speiser

**magen+spiegel\***

N Concordance

1 d besser auflösende Geräte im Einsatz gegen Magen-Darm-Erkrankungen - Geringere Belastungen für Patienten Für die Erkennung von **Magen-Darm-Erkrankungen** ist die **Spiegelung** der entsprechenden Organe, auch Endoskopie genannt, unverzichtbar. Dabei handelt es sich um sehr schonende Untersuchung

2 ntersuchung sowie in letzter Zeit die Einführung der PET-Untersuchung. Auch die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die **Spiegelung** der Speiseröhre, **des Magens** und des Zwölffingerdarms, die endoskopische Untersuchung des Pankreas- und Gallenganges und des Zwölffingerdarms, die endoskopische Untersuchung des Pankreas- und Ga

3 Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ergänzt werden. Der Zugewinn an diagnostischen Erkenntnissen ist bisher meistens aber nur gering. **Spiegelung** (Endoskopie) **von Magen**, Zwölffingerdarm und Bauchspeicheldrüse bzw. Gallenwegen Reichen Ultraschall und Computertomographie für die Diagnostik nicht aus, z.B. weil der Tumor no

4 iopancreaticoskopie (ERCP) ist eine wichtige Untersuchung, mit der der Gallengang und der Pankreasgang untersucht werden kann. Dabei wird eine **Spiegelung des Magens** und des Dünndarms mit einem beweglichen Endoskop durchgeführt. Die Papille, also die gemeinsame Mündung von Gallengang und Pankreasgang im Dünndarm wird sondiert und

**magenspiegel\***

N Concordance

1 olgskontrolle der Behandlung bzw. in der Tumornachsorge dar. Bei Magenkrebs werden die Tumormarker CA 72-4 und weniger empfindlich CA 19-9 und CEA untersucht. **Magenspiegelung** (Gastroskopie) Bei der Magenspiegelung wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben

2 Tumornachsorge dar. Bei Magenkrebs werden die Tumormarker CA 72-4 und weniger empfindlich CA 19-9 und CEA untersucht. Magenspiegelung (Gastroskopie) Bei der **Magenspiegelung** wird ein flexibles schlauchförmiges Instrument (Endoskop) über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben. Im Inneren dieses Instrumentes verlaufen Glasfaser

**magen-darmspiegel\***

N Concordance

1 **Magen-Darmspiegelung** Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und Teilen des Dünndarms mit Hilfe eines Endoskops. Siehe auch Endoskopie.

**zwölffingerdarm\*+spiegel\***

N Concordance

1 issions-Tomographie (PET) ergänzt werden. Der Zugewinn an diagnostischen Erkenntnissen ist bisher meistens aber nur gering. **Spiegelung** (Endoskopie) von Magen, **Zwölffingerdarm** und Bauchspeicheldrüse bzw. Gallenwegen Reichen Ultraschall und Computertomographie für die Diagnostik nicht aus, z.B. weil der Tumor noch zu

**Zwölffingerdarm\*+endoskop\***

N Concordance

1 ie in letzter Zeit die Einführung der PET-Untersuchung. Auch die endoskopischen Untersuchungsverfahren wie die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms, die **endoskopische Untersuchung** des Pankreas- und Gallenganges und **des Zwölffingerdarms**, die endoskopische Untersuchung des Pankreas- und Gallenganges und

2 Diagnostik nicht aus, z.B. weil der Tumor noch zu klein ist, um mit beiden Verfahren sicher erkannt werden zu können, erfolgt die **Endoskopie** des Magens, **des Zwölffingerdarms** und die Darstellung des Bauchspeicheldrüsengangs und der Gallenwege durch Röntgenaufnahmen. Bei der Endoskopie von Magen und Zwölffingerdarm müssen Sie ein

3 des Magens, des Zwölffingerdarms und die Darstellung des Bauchspeicheldrüsengangs und der Gallenwege durch Röntgenaufnahmen. Bei der **Endoskopie** von Magen und **Zwölffingerdarm** müssen Sie einen etwas stärkeren, beweglichen Schlauch "schlucken", in dem ein optisches System steckt und mit dessen Hilfe der Arzt in die entsprechenden Körperbereiche schauen kann.

4 mit dessen Hilfe der Arzt in die entsprechenden Körperbereiche schauen kann. Um Bauchspeicheldrüsen- und Gallengang darzustellen, wird über das **Endoskop vom Zwölffingerdarm** aus

ein dünner Katheter dorthin eingeführt, durch den Kontrastmittel in beide Gangsysteme gespritzt wird. Unter Durchleuchtung bzw. durch Röntgenaufnahmen

5 Kombination von Ultraschall und Endoskopie (endoskopische Ultraschalluntersuchung) ergänzt bzw. erweitert werden. Hier wird über das **Endoskop vom Magen und Zwölffingerdarm** aus die Bauchspeicheldrüse mittels Ultraschall untersucht. Diese Methode hat z. Zt. die höchste Auflösung. Veränderungen von weniger als fünf Millimetern we

#### **after\*+\*untersuchung**

N Concordance

1 h. er hat eine retrograde Amnesie. Im folgenden sollen einige besonders häufige Anwendungsmöglichkeiten aufgeführt werden: Endoskop zur **Untersuchung über den After** Innere Medizin Der Magen-Darm-Trakt ist von der Speiseröhre bis zum Zwölffingerdarm sowie vom Übergang des Dünndarmes in den Dickdarm bis zum After der endoskopisc

2 uchung über den After Innere Medizin Der Magen-Darm-Trakt ist von der Speiseröhre bis zum Zwölffingerdarm sowie vom Übergang des Dünndarmes in den Dickdarm bis zum **After** der endoskopischen **Untersuchung** zugänglich. Der größte Anteil des Dünndarmes (Jejunum und Ileum) können nicht endoskopisch untersucht werden. Antegrad, d.h. über die Mund

#### **proktoskop\***

N Concordance

1 t. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch mit einem speziellen Instrument namens "Sigmoidoskop" oder "Proktosigmoidoskop" in den Mastdarm und das untere Kolon schauen. Bei dieser Untersuchung, die **Proktoskopie** oder Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Der Arzt könnte es für erforderlich halten sich mit einem weiteren Instrument

2 es Gewebe gefunden, muß der Arzt ein kleines Stück herausschneiden und unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Biopsien werden in der Regel bei einer **Proktoskopie** oder Dickdarmspiegelung in der Arztpraxis durchgeführt. Ihr Arzt führt eventuell auch eine Untersuchung, "rektaler Ultraschall" genannt, durch. Bei dieser Untersuchung werden Schall

3 der in den Darm eingeführt wird, benutzt, um die Größe eines Tumors zu bestimmen und festzustellen, ob er sich ausgebreitet hat. Daher sollten Vorsorgeuntersuchungen (wie rektale Untersuchung, **Proktoskopie** und Koloskopie) regelmäßig bei Patienten durchgeführt werden, die ein erhöhtes Krebsrisiko haben. Diese Tests sollten bei Patienten über 50 Jahre durchgeführt werden, bei Patienten,

4 sts werden entwickelt, um rechtzeitig erkennen zu können, wer einen solchen Gendefekt besitzt und für eine bestimmte Krebserkrankung anfällig ist. Vorsorgeuntersuchungen wie rektale Untersuchung, **Proktoskopie** (Mastdarmspiegelung) und Koloskopie (Dickdarmspiegelung) können in regelmäßigen Abständen bei den Patienten durchgeführt werden, die ein erhöhtes Krebsrisiko haben. Diese Untersuchung

5 h ist. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch in den Dickdarm und das untere Kolon mit einem speziellen Instrument namens Sigmoidoskop oder Proktosigmoidoskop schauen. Bei dieser Untersuchung, die **Proktoskopie** oder Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Diese Untersuchung wird normalerweise in einer Arztpraxis durchgeführt. Man kann

6 es Gewebe gefunden, muß der Arzt ein kleines Stück herausschneiden und unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Biopsien werden in der Regel bei einer **Proktoskopie** oder Dickdarmspiegelung in der Arztpraxis durchgeführt. Ihre Prognose (Heilungschance) und die Wahl der Behandlung hängen vom Krebsstadium (ob er sich nur in der Innenwand des Dickdarm

7 vier Zentimeter langen Analkanal folgt. Wird nur der Analkanal untersucht, spricht man von einer Proktoskopie. Wie funktioniert die Rektoskopie? Für die alleinige Untersuchung des Mastdarmes können auch flexible Endoskope benutzt werden. Soll nur der Analkanal untersucht werden, kommt das **Proktoskop**, ein starres, etwa acht bis 15 Zentimeter langes Instrument aus Metall oder Kunststoff zur Anwendung.

8 indet sich der Mastdarm hinter Vagina und Gebärmutter Wann wird eine Rektoskopie durchgeführt? Die Rektoskopie bzw. **Proktoskopie** ist unter anderem in folgenden Fällen erforderlich: Zur Früherkennung von Mastdarmkrebs bei der Vorsorge

9 Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf gereinigt. Vor Einführung des Rektoskops oder des **Proktoskops** begutachtet der Arzt den Darmausgang (After) und tastet dann den Analkanal vorsichtig mit einem Finger aus. So

10 gungen auf. Wie läuft eine Rektoskopie ab? Der Patient wird zuerst in Knie-Ellenbogen- oder in Seitenlage gebracht. Das **Proktoskop** bzw. Rektoskop wird dann mit einem Gleitmittel eingerieben und vorsichtig in den Analkanal bzw. in den Mastdarm eingeführt. Unter

#### **mastdarmspiegel\***

N Concordance

1 e möchte Ihr Arzt auch mit einem speziellen Instrument namens "Sigmoidoskop" oder "Proktosigmoidoskop" in den Mastdarm und das untere Kolon schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder **Mastdarmspiegelung** genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Der Arzt könnte es für erforderlich halten sich mit einem weiteren Instrument namens Koloskop de

2 ickelt, um rechtzeitig erkennen zu können, wer einen solchen Gendefekt besitzt und für eine bestimmte Krebserkrankung anfällig ist. Vorsorgeuntersuchungen wie rektale Untersuchung, Proktoskopie (**Mastdarmspiegelung**) und Koloskopie (Dickdarmspiegelung) können in regelmäßigen Abständen bei den Patienten durchgeführt werden, die ein erhöhtes Krebsrisiko haben. Diese Untersuchungen sollten be

3 weise möchte Ihr Arzt auch in den Dickdarm und das untere Kolon mit einem speziellen Instrument namens Sigmoidoskop oder Proktosigmoidoskop schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder **Mastdarmspiegelung** genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Diese Untersuchung wird normalerweise in einer Arztpraxis durchgeführt. Man kann ein leichtes Dr

4 Rektoskopie (**Mastdarmspiegelung**) Dr. med. Peter Borlinghaus, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine Rektoskop

5 ter Borlinghaus, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine Rektoskopie? Die Rektoskopie, auch **Mastdarmspiegelung** genannt, ist die Untersuchung des Mastdarms (Rektum). Der Mastdarm ist der etwa 12 bis 15

6 ilt der Arzt die Diagnose? Bei einem Verdacht auf Darmkrebs wird der Arzt den Mastdarm mit dem Finger untersuchen, eine **Mastdarmspiegelung** (Rektoskopie) und eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchführen und dabei Gewebeproben (Biopsien) entnehmen.

#### **rektoskop\***

N Concordance

1 ahme von verdächtigem Gewebe (Biopsie) möglich, das anschließend mikroskopisch beurteilt werden kann. Wird nur der Mastdarm untersucht, spricht man von einer **Rektoskopie**, dagegen von einer Koloskopie, wenn der Dickdarm (mit einem biegsamen Katheter) inspiziert werden soll.

2 ngen kann ebenfalls endoskopisch untersucht werden, man spricht dann von einer Bronchoskopie. Retrograd, d.h. über den After: Koloskopie (Spiegelung der Dickdarmes) **Rektoskopie** (Spiegelung des Enddarmes) Chirurgie In der Chirurgie wird z.B. eine Untersuchung der Bauchhöhle, d.h. eine Laparoskopie, endoskopisch durchgeführt. Dazu wird das End

3 etwa 1/3 aller kolorektalen Karzinome in dieser Region. Mehr als 50% der Darmkrebse sind deshalb mit dem Finger zu ertasten oder über eine einfache Enddarm-Spiegelung (**Rektoskopie**) zu erfassen! Ein Verdacht kann bestehen, wenn folgende Beschwerden bestehen: Blutauflagerungen auf dem Stuhl! Darmkrämpfe

4 zu der wichtigsten Untersuchung. Außerdem sollte bei Verdacht auf Vorliegen eines Karzinoms eine Spiegelung des Enddarms oder des gesamten Dickdarms erfolgen (**Rektoskopie**, Coloskopie). Auch ein sorgfältiges Gespräch (Anamnese), in der die vererbaren oben genannten Erkrankungen erfragt werden, ist unerlässlich. Ferner können spe

5 erfragt werden, ist unerlässlich. Ferner können spezielle Röntgenuntersuchungen, wie z.B. ein Kolonkontrasteinlauf den Tumor zur Darstellung bringen. **Rektoskopischer** Befund eines Rektumkarzinoms (mittels gelber Linie umschrieben) sowie eines Polypen (gestrichelt). Für eine Stadieneinteilung und um beurteilen zu können, ob

6 zu der wichtigsten und einfachsten Untersuchungen. Außerdem sollte bei Verdacht auf Vorliegen eines Karzinoms eine Spiegelung des Enddarms oder des gesamten Dickdarms erfolgen (**Rektoskopie**, Coloskopie). Auch ein sorgfältiges Gespräch (Anamnese), in der die vererbaren oben genannten Erkrankungen erfragt werden, ist unerlässlich. Ferner können spezielle Röntge



- 7 **Rektoskopie** (Mastdarmspiegelung) Dr. med. Peter Borlinghaus, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist ei
- 8 toskopie (Mastdarmspiegelung) Dr. med. Peter Borlinghaus, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine **Rektoskopie**? Die Rektoskopie, auch Mastdarmspiegelung genannt, ist die Untersuchung des Mastdarms
- 9 Dr. med. Peter Borlinghaus, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine Rektoskopie? Die **Rektoskopie**, auch Mastdarmspiegelung genannt, ist die Untersuchung des Mastdarms (Rektum). Der Mastdarm ist der etwa 12 bis 15
- 10 gt. Wird nur der Analkanal untersucht, spricht man von einer Proktoskopie. Wie funktioniert die **Rektoskopie**? Für die alleinige Untersuchung des Mastdarmes wird in der Regel das Rektoskop, ein starres,
- 11 Wie funktioniert die Rektoskopie? Für die alleinige Untersuchung des Mastdarmes wird in der Regel das **Rektoskop**, ein starres, etwa 20 bis 30 Zentimeter langes Metallrohr mit einem Durchmesser von etwa 15 bis 20 (30)
- 12 Blase Bei der Frau befindet sich der Mastdarm hinter Vagina und Gebärmutter Wann wird eine **Rektoskopie** durchgeführt? Die Rektoskopie bzw. Proktoskopie ist unter anderem in folgenden Fällen erforderlich: Zur Frü
- 13 Bei der Frau befindet sich der Mastdarm hinter Vagina und Gebärmutter Wann wird eine Rektoskopie durchgeführt? Die **Rektoskopie** bzw. Proktoskopie ist unter anderem in folgenden Fällen erforderlich: Zur Früherkennung von Mastdarmkrebs bei der
- 14 Oft muss bei diesen Fragestellungen eine Spiegelung des gesamten Dickdarms, die Koloskopie, durchgeführt werden. Was ist im Vorfeld einer **Rektoskopie** zu beachten? Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf gereinigt. Vor Einf
- 15 zu beachten? Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf gereinigt. Vor Einführung des **Rektoskops** oder des Proktoskops begutachtet der Arzt den Darmausgang (After) und tastet dann den Analkanal vorsichtig mit einem Finger aus. So
- 16 dann den Analkanal vorsichtig mit einem Finger aus. So fallen z.B. größere Hämorrhoiden oder Einengungen auf. Wie läuft eine **Rektoskopie** ab? Der Patient wird zuerst in Knie-Ellenbogen- oder in Seitenlage gebracht. Das Proktoskop bzw. Rektoskop wird
- 17 Wie läuft eine Rektoskopie ab? Der Patient wird zuerst in Knie-Ellenbogen- oder in Seitenlage gebracht. Das Proktoskop bzw. **Rektoskop** wird dann mit einem Gleitmittel eingerieben und vorsichtig in den Analkanal bzw. in den Mastdarm eingeführt. Unter
- 18 entnommen, Polypen mit einer Schlinge abgetragen oder auch Hämorrhoiden behandelt werden. Welche Komplikationen können bei der **Rektoskopie** auftreten? Vor allem nach Polypen-Abtragung, Gewebeprobe-Entnahme oder Hämorrhoidenbehandlung kann es gelegentl
- 19 agnose? Bei einem Verdacht auf Darmkrebs wird der Arzt den Mastdarm mit dem Finger untersuchen, eine Mastdarmspiegelung (**Rektoskopie**) und eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchführen und dabei Gewebeproben (Biopsien) entnehmen. Weitere U

**\*sigmoidoskop\***

- N Concordance
- 1 schuh in den Mastdarm ein und tastet vorsichtig nach Knoten. Danach kontrolliert der Arzt, ob Blut am Handschuh ist. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch mit einem speziellen Instrument namens "**Sigmoidoskop**" oder "Proktosigmoidoskop" in den Mastdarm und das untere Kolon schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller
- 2 arm ein und tastet vorsichtig nach Knoten. Danach kontrolliert der Arzt, ob Blut am Handschuh ist. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch mit einem speziellen Instrument namens "Sigmoidoskop" oder "**Proktosigmoidoskop**" in den Mastdarm und das untere Kolon schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarmt
- 2 t vorsichtig nach Knoten. Danach kontrolliert der Arzt, ob Blut am Handschuh ist. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch in den Dickdarm und das untere Kolon mit einem speziellen Instrument namens **Sigmoidoskop** oder Proktosigmoidoskop schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Diese
- 4 Knoten. Danach kontrolliert der Arzt, ob Blut am Handschuh ist. Möglicherweise möchte Ihr Arzt auch in den Dickdarm und das untere Kolon mit einem speziellen Instrument namens Sigmoidoskop oder **Proktosigmoidoskop** schauen. Bei dieser Untersuchung, die Proktoskopie oder

Mastdarmspiegelung genannt wird, werden etwa die Hälfte aller Kolon- und Mastdarntumore gefunden. Diese Untersuchung wi

#### **dickdarmspiegel\***

N Concordance

1 muß der Arzt ein kleines Stück herausschneiden und unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Biopsien werden in der Regel bei einer Proktoskopie oder **Dickdarmspiegelung** in der Arztpraxis durchgeführt. Ihr Arzt führt eventuell auch eine Untersuchung, "rektaler Ultraschall" genannt, durch. Bei dieser Untersuchung werden Schallwellen eines Schallk

2 önnen, wer einen solchen Gendefekt besitzt und für eine bestimmte Krebserkrankung anfällig ist. Vorsorgeuntersuchungen wie rektale Untersuchung, Proktoskopie (Mastdarmspiegelung) und Koloskopie (**Dickdarmspiegelung**) können in regelmäßigen Abständen bei den Patienten durchgeführt werden, die ein erhöhtes Krebsrisiko haben. Diese Untersuchungen sollten bei Patienten über 50 Jahre durchgeföh

3 muß der Arzt ein kleines Stück herausschneiden und unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Biopsien werden in der Regel bei einer Proktoskopie oder **Dickdarmspiegelung** in der Arztpraxis durchgeführt. Ihre Prognose (Heilungschance) und die Wahl der Behandlung hängen vom Krebsstadium (ob er sich nur in der Innenwand des Dickdarms befindet oder

4 **Dickdarmspiegelung** (Koloskopie) Prof. Dr. med. Stefan Endres, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist e

5 darmspiegelung (Koloskopie) Prof. Dr. med. Stefan Endres, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine **Dickdarmspiegelung**? Die Dickdarmspiegelung ist eine Untersuchung des Dickdarms (Kolon) mit einem Spezialendoskop, dem Kolos

6 Prof. Dr. med. Stefan Endres, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Was ist eine Dickdarmspiegelung? **Die Dickdarmspiegelung** ist eine Untersuchung des Dickdarms (Kolon) mit einem Spezialendoskop, dem Koloskop. Der Arzt kann mit Hilfe der Koloskopie den

7 ührt werden können. Oft ist das optische System des Koloskops über eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Wann ist eine **Dickdarmspiegelung** notwendig? Der Arzt kann eine Koloskopie zur Abklärung (Diagnostik) verschiedener Krankheiten veranlassen. Dazu gehören:

8 falls er einen eigenen Pkw hat, nur als Mitfahrer zur Untersuchung kommen. In sehr seltenen Fällen kann es bei der **Dickdarmspiegelung** zur Durchstoßung der Darmwand (Perforation) kommen. Nachblutungen sind, vor allem nach Abtragung von Pol

9 dacht auf Darmkrebs wird der Arzt den Mastdarm mit dem Finger untersuchen, eine Mastdarmspiegelung (Rektoskopie) und eine **Dickdarmspiegelung** (Koloskopie) durchführen und dabei Gewebeproben (Biopsien) entnehmen. Weitere Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen,

10 zent neu Erkrankten die zweithäufigste Krebsart bei Frauen. An Patientinnen ab fünfzig Jahren sollten regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wie die Mastdarm- und **Dickdarmspiegelung** sowie eine rektale Untersuchung durchgeführt werden. Anzeichen für eine Erkrankung des Dickdarms sind Änderungen bei der Verdauung, Blut im

#### **bauchspiegel\***

N Concordance

1 Laparoskopie (**Bauchspiegelung**) Thomas M. Klemme (Arzt) Was ist eine **Bauchspiegelung**? Bei einer Bauchspiegelung betrachtet der Arzt die Bauchhöhle mit einem Endoskop. Kleine Schnitte in der Bauchdecke und in der Nähe des Nabels ermöglichen, dass die Instrumente eingeführ

2 der Bauch- und Beckenorgane beurteilen, sie kann unter Sicht Gewebeproben (Biopsie) entnehmen und operative Eingriffe durchführen. Wie wird eine **Bauchspiegelung** durchgeführt? Bei der Laparoskopie wird unter Narkose die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstochen. Danach wird durch eine Nadel Gas (Kohlendioxid) in den B

3 Bei gynäkologischen Beschwerden und Operationen. Wird bei der Untersuchung eine Veränderung festgestellt, nimmt der Arzt unter Umständen noch während der **Bauchspiegelung** eine Gewebeprobe für weitere Untersuchungen. Oder er führt direkt eine laparoskopische Operation die so genannte Knopflochchirurgie,

4 ch die Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit Sicherheit zu diagnostizieren. Das kann auch im Rahmen einer **Bauchspiegelung** (Laparoskopie) erfolgen. Eierstockkrebs ist nach Gebärmutterhalskrebs und Gebärmutterkrebs die

**laparoskop\***

N Concordance

1 Koloskopie (Spiegelung der Dickdarmes) Rektoskopie (Spiegelung des Enddarmes) Chirurgie  
In der Chirurgie wird z.B. eine Untersuchung der Bauchhöhle, d.h. eine **Laparoskopie**, endoskopisch durchgeführt. Dazu wird das Endoskop durch die Bauchdecke eingeführt. Meist sind mindestens 2 Instrumente notwendig, da die Bauchhöhle des besseren Überblick

2 **Laparoskopie** (Bauchspiegelung) Thomas M. Klemme (Arzt) Was ist eine Bauchspiegelung?  
Bei einer Bauchspiegelung betrachtet

3 beurteilen, sie kann unter Sicht Gewebeprobe (Biopsie) entnehmen und operative Eingriffe durchführen. Wie wird eine Bauchspiegelung durchgeführt? Bei der **Laparoskopie** wird unter Narkose die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstoßen. Danach wird durch eine Nadel Gas (Kohlendioxid) in den Bauchraum gebracht. Das

4 n Bauchraum einsehen und weitere Instrumente einführen. Ebenfalls in Nabelnähe wird die Bauchdecke durchstoßen, um das optische Untersuchungsgerät (**Laparoskop**) einzuführen. Was ist ein Laparoskop? Ein Laparoskop ist ein starres optisches Instrument. Es besteht aus einem optischen System, mit Objektiv und

5 und weitere Instrumente einführen. Ebenfalls in Nabelnähe wird die Bauchdecke durchstoßen, um das optische Untersuchungsgerät (Laparoskop) einzuführen. Was ist ein **Laparoskop**? Ein Laparoskop ist ein starres optisches Instrument. Es besteht aus einem optischen System, mit Objektiv und Okular und einer Lichtquelle

6 n. Ebenfalls in Nabelnähe wird die Bauchdecke durchstoßen, um das optische Untersuchungsgerät (Laparoskop) einzuführen. Was ist ein Laparoskop? Ein **Laparoskop** ist ein starres optisches Instrument. Es besteht aus einem optischen System, mit Objektiv und Okular und einer Lichtquelle. Das Laparoskop ist meist über eine Vide

7 skop? Ein Laparoskop ist ein starres optisches Instrument. Es besteht aus einem optischen System, mit Objektiv und Okular und einer Lichtquelle. Das **Laparoskop** ist meist über eine Videokamera mit einem Monitor verbunden. Wann wird eine Laparoskopie durchgeführt? Nur noch selten zur visuellen Untersuchung

8 n System, mit Objektiv und Okular und einer Lichtquelle. Das Laparoskop ist meist über eine Videokamera mit einem Monitor verbunden. Wann wird eine **Laparoskopie** durchgeführt? Nur noch selten zur visuellen Untersuchung krankhafter Veränderungen der Leber, der Milz, des Bauchfells usw. Bei einer Gallenblasenentfernung

9 festgestellt, nimmt der Arzt unter Umständen noch während der Bauchspiegelung eine Gewebeprobe für weitere Untersuchungen. Oder er führt direkt eine **laparoskopische** Operation die so genannte Knopflochchirurgie, durch. Welche Operationen werden mit dem Laparoskop durchgeführt? Blinddarmentfernung

10 re Untersuchungen. Oder er führt direkt eine laparoskopische Operation die so genannte Knopflochchirurgie, durch. Welche Operationen werden mit dem **Laparoskop** durchgeführt? Blinddarmentfernung Gallensteinleiden: Entfernung der Gallenblase Bruchoperation (Hernien) Lösen von Verwachsungen Steri

11 einsteinleiden: Entfernung der Gallenblase Bruchoperation (Hernien) Lösen von Verwachsungen Sterilisation der Frau Zystenentfernung Vorteile der **Laparoskopie** Die Laparoskopie ist für den Patienten eine schonende und wenig belastende Operationstechnik, daher spricht man auch von der minimal-invasiven Chirurgie.

12 tfernung der Gallenblase Bruchoperation (Hernien) Lösen von Verwachsungen Sterilisation der Frau Zystenentfernung Vorteile der Laparoskopie Die **Laparoskopie** ist für den Patienten eine schonende und wenig belastende Operationstechnik, daher spricht man auch von der minimal-invasiven Chirurgie.

13 die Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit Sicherheit zu diagnostizieren. Das kann auch im Rahmen einer Bauchspiegelung (**Laparoskopie**) erfolgen. Eierstockkrebs ist nach Gebärmutterhalskrebs und Gebärmutterkrebs die dritthäufigste

**scheide\*+betrachtung**

N Concordance

1 Blutung beim Geschlechtsverkehr führt die Patientin dann zum Arzt. Wie diagnostiziert der Arzt Scheidenkrebs? Durch **Betrachtung der Scheide**, eventuell mit Hilfe der Kolposkopie (der Betrachtung der Scheidenhaut mit einem Spezialmikroskop), findet Ihre Ärztin Hautveränderungen,

**kolposkop\***

N Concordance

1 - 1962), der diese Methode zur Suche auf typische Karzinomzellen entwickelte. Lupen-optische Betrachtung des Gebärmuttermundes und des Gebärmutterhalseingangs (**Kolposkopie**) Bevor die Oberfläche des Gebärmutterhalses durch ein Vergrößerungsglas mit zehn- bis vierzigfacher Vergrößerung betrachtet wird, betupft Ihr Arzt

2 Bereich mit niedrigprozentiger Essigsäure. Dadurch wird der vorhandene Schleim beseitigt ("gefällt"), und man kann die Oberfläche besser sehen. Mit Hilfe der **Kolposkopie** kann eine bestimmte Veränderung der Gebärmutterhalsoberfläche als gutartig erkannt werden, sie kann aber auch verdächtige Befunde anzeigen. Biopsie

3 zw. Gebärmutterhals Weisen die Zellen, die vom Gebärmutterhals durch den Pap-Test gewonnen worden sind, auf Vorstufen des Krebses hin, und zeigen sich bei der **Kolposkopie** verdächtige Bezirke, so kann eine Gewebeentnahme (Biopsie) aus diesem Bezirk die Diagnose sichern: Mit einer Zange erfolgt hierbei die Entnahme eines kleinen Ge

4 Konisation) Manchmal läßt sich eine eindeutige Diagnose nicht durch eine bioptische Entnahme vom Gebärmutterhals stellen. Dies ist dann der Fall, wenn mit der **Kolposkopie** keine verdächtigen Bezirke erkennbar sind und Zellveränderungen möglicherweise im - nicht sichtbaren - Gebärmutterhalskanal liegen. In einem solche

5 Welche alternativen Untersuchungsmöglichkeiten gibt es? Eine Ergänzung, aber keinesfalls ein Ersatz für den Abstrich ist die **Kolposkopie**, mit welcher der Arzt den Muttermund untersuchen und eine Tumorerkrankung bzw. deren Vorstufen diagnostizieren kann.

6 dann zum Arzt. Wie diagnostiziert der Arzt Scheidenkrebs? Durch Betrachtung der Scheide, eventuell mit Hilfe der **Kolposkopie** (der Betrachtung der Scheidenhaut mit einem Spezialmikroskop), findet Ihre Ärztin Hautveränderungen, Rötungen und auffällige Wunden. Sie

7 Spekula gibt es in verschiedenen Größen Zuweilen betrachtet der Arzt außerdem den Muttermund mit einem **Kolposkop**, einem Untersuchungs-Mikroskop mit sechs- bis 40-facher Vergrößerung. Dadurch kann er krankhafte Veränderungen an der Scheidenhaut und der

8 ne Wie stellt der Arzt die Diagnose? Diese Krebsform kann in frühen Stadien nur durch eine Zellprobe oder eine **Kolposkopie** festgestellt werden. Bei einer Kolposkopie untersucht der Gynäkologe die Schleimhautoberfläche mit Hilfe eines

9 Diese Krebsform kann in frühen Stadien nur durch eine Zellprobe oder eine Kolposkopie festgestellt werden. Bei einer **Kolposkopie** untersucht der Gynäkologe die Schleimhautoberfläche mit Hilfe eines Vergrößerungsglases. Werden

**gebärmutter\*+spiegel\***

N Concordance

1 dig, da die Bauchhöhle des besseren Überblicks wegen mit Luft aufgeblasen werden muss. In diesem Fall erhält der Patient eine Vollnarkose. Gynäkologie Die **Spiegelung der Gebärmutter** bezeichnet man als Hysteroskopie. Hier werden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche Narkose verzichtet werden. Urologie

**hysteroskop\***

N Concordance

1 des besseren Überblicks wegen mit Luft aufgeblasen werden muss. In diesem Fall erhält der Patient eine Vollnarkose. Gynäkologie Die Spiegelung der Gebärmutter bezeichnet man als **Hysteroskopie**. Hier werden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche Narkose verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau

**harnröhre\*+spiegel\***

N Concordance

1 erden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche Narkose verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine **Spiegelung der Harnröhre**, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine Spiegelung der Harnblase, d.h. eine Zystoskopie, erfolgen. Orthopädie Die meisten Gelenke sind endoskopisch zugänglich, man

**urethroskop\***

N Concordance

1 Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche Narkose verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine **Spiegelung der Harnröhre**, d.h. eine **Urethroskopie**, sowie eine Spiegelung der Harnblase, d.h. eine Zystoskopie, erfolgen. Orthopädie Die meisten Gelenke sind endoskopisch zugänglich, man bezeichnet diese Untersuchung

**harnblase+spiegel\***

N Concordance

1 jegliche Narkose verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine **Spiegelung der Harnblase**, d.h. eine Zystoskopie, erfolgen. Orthopädie Die meisten Gelenke sind endoskopisch zugänglich, man bezeichnet diese Untersuchung dann als Arthroscopie. Am häufigsten

2 wenn keine Tumorzellen im Urin gefunden werden, ist dies kein Beweis gegen das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. Die wichtigste Untersuchung ist die **Spiegelung der Harnblase** (Zystoskopie). Unter Lokalanästhesie oder Narkose wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. Über eine Optik kann das Innere der Harnblase

3 in diesen Fällen genügt eine relativ kleine Operation über die Harnblasenspiegelung (Zystoskopie und TUR). Hierzu wird, wie oben beschrieben, über die Harnröhre eine **Spiegelung der Harnblase** durchgeführt. Man kann zusätzlich Operationsinstrumente einführen und unter Sicht den Tumor entfernen. Der Urologe kann sogar über diesen Weg die Blase zum Teil entfernen, wenn

**harnblasenspiegel\***

N Concordance

1 Die Ergebnisse liefert. Eine Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) werden bei jedem Patienten durchgeführt. Hinsichtlich der Stadieneinteilung sind sie der **Harnblasenspiegelung** (Zystoskopie) jedoch deutlich unterlegen, weil beide Untersuchungen nicht befriedigend die verschiedenen Schichten der Harnblasenwand darstellen können. Von der Bestimmung

2 davon daß der Tumor sich auf die innersten Schichten der Blasenwand beschränkt und die muskuläre Wand der Blase nicht betrifft. In diesen Fällen genügt eine relativ kleine Operation über die **Harnblasenspiegelung** (Zystoskopie und TUR). Hierzu wird, wie oben beschrieben, über die Harnröhre eine Spiegelung der Harnblase durchgeführt. Man kann zusätzlich Operationsinstrumente

**zystoskop\***

N Concordance

1 in Problemen beim Wasserlassen. Wenn Symptome auftreten, wird der Arzt den Patienten untersuchen und nach Knoten in der Harnröhre tasten. Bei Männern kann mit einem dünnen beleuchteten Rohr, das **Zystoskop** genannt wird und über den Penis in die Harnröhre eingeführt wird, das Innere der Harnröhre untersucht werden. Wenn der Arzt Zellen oder andere Zeichen findet, die nicht normal sind, kann

2 festgestellt werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine Spiegelung der Harnblase, d.h. eine **Zystoskopie**, erfolgen. Orthopädie Die meisten Gelenke sind endoskopisch zugänglich, man bezeichnet diese Untersuchung dann als Arthroscopie. Am häufigsten untersucht wird das

3 Gallen- oder Bauchspeichendrüsengang bei der ERCP (s.o.). Steinentfernung Entfernung von Steinen, z.B. aus dem Gallengang bei der ERCP oder aus der Harnblase bei der **Zystoskopie**. Blutstillung Mit dem Laser oder durch die Applikation von Medikamenten, z.B. bei blutenden Magengeschwüren während der Gastroskopie. Abtragung von Polypen

4 wenn keine Tumorzellen im Urin gefunden werden, ist dies kein Beweis gegen das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. Die wichtigste Untersuchung ist die Spiegelung der Harnblase (**Zystoskopie**). Unter Lokalanästhesie oder Narkose wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. Über eine Optik kann das Innere der Harnblase angesehen werden

5 und mikroskopisch untersucht werden. Der Arzt kann auch die Mündungen der beiden Harnleiter sehen und erkennen, ob z.B. das Blut aus einem der beiden Harnleiter kommt. Über eine **Zystoskopie** kann auch eine Tumoroperation erfolgen, wenn der Tumor noch klein genug ist bzw. sich in einem Anfangsstadium befindet. Diese Operation wird transurethrale Resektion

6 genannt. Das Vorgehen ist unter anderem eine Stadieneinteilung des Blasenkarzinoms wichtig, weil von dem Stadium die Therapie und die Prognose abhängt. Auch hier ist die beste Untersuchung die

**Zystoskopie** und Probenentnahme (TUR), obwohl auch diese nur in etwa 2/3 der Fälle richtige Ergebnisse liefert. Eine Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT)

7 Eine Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) werden bei jedem Patienten durchgeführt. Hinsichtlich der Stadieneinteilung sind sie der Harnblasenspiegelung (**Zystoskopie**) jedoch deutlich unterlegen, weil beide Untersuchungen nicht befriedigend die verschiedenen Schichten der Harnblasenwand darstellen können. Von der Beteiligung der versch

8 ersten Schichten der Blasenwand beschränkt und die muskuläre Wand der Blase nicht betrifft. In diesen Fällen genügt eine relativ kleine Operation über die Harnblasenspiegelung (**Zystoskopie** und TUR). Hierzu wird, wie oben beschrieben, über die Harnröhre eine Spiegelung der Harnblase durchgeführt. Man kann zusätzlich Operationsinstrumente einführen und unter

9 h dieser Therapie tritt jedoch innerhalb von 5 Jahren in mehr als der Hälfte der Fälle (50-70%) ein erneutes Harnblasenkarzinom auf. Deshalb ist eine regelmäßige Kontrolle mittels der **Zystoskopie** erforderlich. In 60-70% der Fälle kann durch die wiederholte TUR das ursprünglich oberflächliche Harnblasenkarzinom langfristig beherrscht werden. Die tief infiltri

10 Blasenpiegelung, tritt innerhalb von 5 Jahren in mehr als der Hälfte der Fälle (50-70%) erneut ein Harnblasenkarzinom auf. Deshalb ist eine regelmäßige Kontrolle mittels der **Zystoskopie** erforderlich. In 60-70% kann durch die wiederholte TUR das ursprünglich oberflächliche Harnblasenkarzinom langfristig beherrscht werden. Bei 20% dieser Patienten tr

11 abgedeckt. Dann bringt der Arzt ein betäubendes Gleitmittel in die Harnröhre ein. Vorsichtig führt er nun ein Gerät zur Blasenpiegelung (**Zystoskop**) ein. Nach Beurteilung der Harnröhre folgt die sorgfältige Inspektion der Harnblase. Hierbei untersucht der Arzt

12 Inspektion der Harnblase. Hierbei untersucht der Arzt die Mündungen des Harnleiters (Ureterostien) in der Blase. Durch einen Arbeitskanal des **Zystoskops** führt er einen kleinen Schlauch mit abgerundeter Spitze wenige Millimeter in den Harnleiter ein. Nun werden Harnleiter

13 Blasenpiegelung (**Zystoskopie**) Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Blasenpiegelung? Die beiden Wortteile des Begr

14 oskopie) Dr. med. Martin Schäfer, Facharzt für Chirurgie Was ist eine Blasenpiegelung? Die beiden Wortteile des Begriffs „**Zystoskopie**“ haben ihren Ursprung im Griechischen. Dabei bedeutet „Zyst“ Blase und „skopein“ schauen. Die Blasenpiegelung ist

15 Blase und „skopein“ schauen. Die Blasenpiegelung ist somit eine Untersuchung der Harnblase mit einem speziellen Endoskop, dem **Zystoskop**. Der Arzt kann mit dem **Zystoskop** den Blaseninnenraum betrachten. Mit einem bestimmten **Zystoskop** kann er auch die Harnröhre

16 einsehen. Man spricht dann von einer Urethro-**Zystoskopie**. Wie funktioniert die Blasenpiegelung? **Zystoskop** Wie bereits erwähnt ist für diese Untersuchung ein **Zystoskop** erforderlich.

17 Wie bereits erwähnt ist für diese Untersuchung ein **Zystoskop** erforderlich. Ein **Zystoskop** ist ein spezielles starres Endoskop. Es besteht aus einem komplexen optischen Stablinsen-System, einer Lichtquelle

18 optischen Stablinsen-System, einer Lichtquelle und meist einer Spül- und Absaugvorrichtung. Durch Arbeitskanäle im **Zystoskop** werden chirurgische Instrumente zur Entnahme von Biopsien (Gewebeproben) oder für operative

19 me von Biopsien (Gewebeproben) oder für operative Eingriffe eingeführt. Oftmals ist die Optik des **Zystoskops** zur Arbeitserleichterung über eine Kamera mit einem Monitor verbunden. Wann wird eine Blasenpiegelung durchgeführt?

20 or verbunden. Wann wird eine Blasenpiegelung durchgeführt? Zur Diagnose von Erkrankungen der Harnblase kann der Arzt eine **Zystoskopie** empfehlen. Entsprechende Erkrankungen sind z. B. Entzündungen der Harnblase oder der Harnröhre, Blasentumore, Blasen- und

21 Biopsien (Gewebeproben) entnommen werden, beispielsweise um einen Tumor auszuschliessen. Zusätzlich kann der Arzt im Rahmen der **Zystoskopie** Behandlungen (therapeutische Eingriffe) durchführen. Dabei können Blasen- und Harnleitersteine entfernt werden

22 rümmern von Steinen (Lithotripsie) oder ihre direkte Entfernung mit einer Schlinge (Extraktion). Außerdem kann der Arzt **zystoskopisch** Harnleiterschienen (Stents) einfügen. Auch Abtragungen von Blasen- oder Prostatatumoren und die Beseitigung von Verengungen, z. B. in

23 en keine Blasenpiegelung durchgeführt werden. Wie wird die Blasenpiegelung durchgeführt? Um eine **Zystoskopie** durchzuführen, wird die Harnröhre zuerst mit einem Gleitmittel und einem schmerzstillenden Medikament behandelt. Dann

24 Die männliche Harnröhre ist lang und gebogen, was das Einführen des **Zystoskops** erschwert Welche Komplikationen können bei der Blasenpiegelung auftr

25 während der Untersuchung, kann es zu geringfügigen Blutungen kommen. Dementsprechend können in den ersten Tagen nach der **Zystoskopie** Blut im Harn und auch Schmerzen beim Wasserlassen auftreten. Wenn die Beschwerden länger andauern, sollten Sie sofort Ihren Arzt aufsuchen.

26 ist. Es handelt sich hier jedoch selten um eine dauerhafte Schädigung. Auch das Risiko von Verletzungen im Rahmen der **Zystoskopie** wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering. Entzündungen von Nieren oder Prostata kommen ebenfalls

27 Entzündungen von Nieren oder Prostata kommen ebenfalls selten vor. Thrombosen sind ähnlich unwahrscheinlich nach einer **Zystoskopie**. Welche anderen Untersuchungsmöglichkeiten gibt es? Die Blase kann auch mit Hilfe einer Ausscheidungs-Urographi

28 seinem Hausarzt zu einem Urologen überweisen lassen. Besteht ein Verdacht auf eine Geschwulst in der Blase, wird eine so genannte Blasenspiegelung, Zystoskopie, vorgenommen. Dabei schaut der Arzt mit einem Instrument, dem **Zystoskop**, das über die Harnröhre eingeführt wird,

29 Blase, wird eine so genannte Blasenspiegelung, Zystoskopie, vorgenommen. Dabei schaut der Arzt mit einem Instrument, dem **Zystoskop**, das über die Harnröhre eingeführt wird, in das Innere der Blase. Zusätzlich kann eine radiologische Untersuchung

30 Bei vielen Patienten ergeben die Untersuchungen, dass es sich um einen oberflächlichen Tumor handelt. Dieser kann operativ mit Hilfe des **Zystoskops** entfernt werden. Nach dem Eingriff tritt bei vielen Patienten ein erneutes Geschwür auf, entweder an derselben Stelle oder noch

31 Geschwür auf, entweder an derselben Stelle oder noch häufiger an einer anderen Stelle der Blase. Deshalb träufelt der Arzt zusätzlich im Rahmen der **Zystoskopie** Medikamente gegen Krebs (Chemotherapeutika) in die Blase, um das Risiko eines erneuten Auftretens von oberflä

#### **urethro\***

N Concordance

1 Der Arzt kann mit dem Zystoskop den Blaseninnenraum betrachten. Mit einem bestimmten Zystoskop kann er auch die Harnröhre einsehen. Man spricht dann von einer **Urethro-Zystoskopie**. Wie funktioniert die Blasenspiegelung? Zystoskop

APÉNDICE II:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ESPAÑOL PARA PACIENTES.  
VARIACIÓN

**laringoscopia\***

N Concordance

1 deslizará por la garganta un tubo que tiene una luz especial en un extremo y observará la laringe. Este procedimiento se conoce con el nombre de **laringoscopia**. Si se encuentra tejido anormal, el médico tendrá que extraer un pedazo y observarlo a través del microscopio con el fin de determinar

2 **DIAGNÓSTICO** El especialista deslizará por la garganta un tubo que tiene una luz especial en un extremo y observará la laringe (**laringoscopia**). Si se encuentra tejido anormal, tendrá que extraer un pedazo (biopsia) y observarlo a través del microscopio con

3 ica completa, incluyendo el examen de la cavidad oral, faringe completa, laringe mediante **laringoscopia** indirecta y palpación cuidadosa del cuello en busca de adenopatías (ganglios)

**broncoscopia\***

N Concordance

1 se recurre a una de cuatro técnicas dependiendo de la localización en el escáncer: **broncoscopia** punción percutánea (a través de la pared torácica) guiada por TAC

2 videotoracosopia toracotomía (incisión en la pared torácica) La **broncoscopia** consiste en introducir en las vías aéreas un tubo fino en cuyo extremo hay una

3 los bronquios centrales. Es decir, si el tumor está en la periferia del pulmón, la **broncoscopia** no es la técnica preferida y se intenta hacer una punción percutánea

4 bronquios por medio de un instrumento especial llamado broncoscopio, el cual se desliza por la garganta hasta los bronquios. Esta prueba, llamada **broncoscopia**, generalmente se lleva a cabo en un hospital. Antes de este examen, se administra un anestésico local (un medicamento que le adormece

5 Colonoscopia Sigmoidoscopia Cistoscopia **Broncoscopia** Cómo funciona Acoplando un visor, una fuente de luz y un sistema para

6 Durante la cistoscopia se rellena la vejiga de suero. La **broncoscopia** puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a anestesiarse).

7 Diagnóstico Pruebas sanguíneas y estudio de esputos. Rayos X, scanner, **broncoscopia** y biopsia. Estudios de función pulmonar. Tratamiento

8 go es necesario practicar otras exploraciones: Un análisis completo, una radiografía de tórax, la **broncoscopia** (o introducción de un tubo fino flexible por la tráquea y los bronquios, útil en los

**fibrobroncoscopia\***

N Concordance

1 n otra prueba, esta vez más invasiva (mayor riesgo) pero más específica. Se trata de realizar una **Fibrobroncoscopia** con toma de biopsia transbronquial (a través del bronquio) del tejido donde está

2 ha resultado buena. Como segundo paso, si no se ha demostrado celularidad maligna, se realiza una **Fibrobroncoscopia** como en el caso de tumores de localización periférica. Esta vez existen más prob

**toracoscopia\***

N Concordance

1 pio. Para ello, hará una abertura a través de la pared torácica e instalará el toracoscopio en el tórax entre dos costillas. Esta prueba, llamada **toracoscopia**, por lo general se lleva a cabo en un hospital. Antes de la prueba, se le administrará un anestésico local (un medicamento que causa

2 n el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este proceso se conoce como biopsia. Las biopsias generalmente se hacen durante la **toracoscopia** o peritoneoscopia. Sus probabilidades de recuperación (pronóstico) dependerán del tamaño del cáncer, su ubicación, hasta dónde se ha

3 Llegados a este punto y si todavía no se ha aclarado el origen de la lesión procede realizar una **Toracoscopia**. Esta técnica se realiza en quirófano y permite con más exactitud acceder al tejido d

4 eza del cáncer y su posible tratamiento y curación en estadios precoces secunda la práctica de la **Toracoscopia**. Por último, si todavía no hemos obtenido el diagnóstico se procederá a una Toracotom



**gastroscopia\***

N Concordance

1 iológico con contraste, aunque en la actualidad, el mejor medio diagnóstico es la **gastroscopia**. Esta exploración, además, permite la obtención de muestras para cito

2 también puede mirar dentro del estómago con un tubo delgado iluminado que se llama un gastroscopio. Este procedimiento, conocido con el nombre de **gastroscopia**, detecta la mayoría de los cánceres del estómago. Para efectuar este examen, se introduce el gastroscopio por la boca y se dirige hacia

3 pio con el fin de determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Generalmente, las biopsias se hacen durante la **gastroscopia**. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la selección del tratamiento dependerán de la etapa en la que se encuentre el cáncer

4 e luz y un visor. Incluye las siguientes pruebas: Esofagoscopia **Gastroscopia** Colonoscopia Sigmoidoscopia Cistoscopia

5 a, laser, lazo o instilando medicamentos. PREPARACIÓN PREVIA Para la **gastroscopia** conviene estar en ayunas. Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre

6 a posibilidad de una hemorragia. AL IRSE A HACER LA PRUEBA En la **gastroscopia** se suele administrar un tranquilizante y un antiemético que facilitan la expl

7 be ser realizada por un médico experto, ya que su práctica es la mejor garantía. Sobre todo la **gastroscopia** es una técnica muy aparatosa, pero menos molesta de lo que pueda parecer. Niños y emb

8 gnostica un cáncer de estómago? La prueba diagnóstica más importante del cáncer de estómago es la **gastroscopia**, o introducción de un tubo flexible en el interior del estómago a través de la boca,

9 ecta el tumor mediante la cámara de vídeo incorporada en la punta del tubo endoscópico. Además la **gastroscopia** permite tomar una muestra del tumor (biopsia) para su posterior estudio microscópico.

10 ior estudio microscópico. En pacientes a los que no se puede realizar la **gastroscopia**, el tránsito esófago-gastro-duodenal o estudio radiográfico tras la ingesta de una papilla con

11 e y específica que la primera. Fue la técnica más empleada en el pasado antes de disponerse de la **gastroscopia**. Debe realizarse siempre un análisis completo de sangre, para determinar si existe ane

**esofagoscopia\***

N Concordance

1 4 ¿Cómo se diagnostica? El principal método de diagnóstico es la **esofagoscopia**. Por un lado, esta exploración dará imágenes directas de la causa de

2 ién puede observar el interior del esófago con un tubo delgado llamado esofagoscopio que cuenta con una luz en el extremo, prueba que se denomina **esofagoscopia**. En esta prueba, se inserta el esofagoscopio por la boca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le

3 determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la **esofagoscopia** mientras aún se está bajo los efectos de la anestesia, de tal manera que Ud. no sienta dolor. Algunas veces la biopsia indica variac

4 introducción de tubos con una fuente de luz y un visor. Incluye las siguientes pruebas: Esofagoscopia Gastroscopia Colonoscopia Sigmoidoscopia

5 diografía. Biopsia de la zona sospechosa. Scanner. **Esofagoscopia** Tratamiento: Cirugía, radiación y quimioterapia ó mezcla de

**\*esofago\***

N Concordance

1 4 ¿Cómo se diagnostica? El principal método de diagnóstico es la **esofagoscopia**. Por un lado, esta exploración dará imágenes directas de la causa de

2 n por lo general se lleva a cabo en un consultorio médico. El médico también puede observar el interior del esófago con un tubo delgado llamado **esofagoscopio** que cuenta con una luz en el extremo, prueba que se denomina esofagoscopia. En esta prueba, se inserta el esofagoscopio por la boca,

3 ién puede observar el interior del esófago con un tubo delgado llamado esofagoscopio que cuenta con una luz en el extremo, prueba que se denomina **esofagoscopia**. En esta prueba, se inserta el esofagoscopio por la boca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le

4 n un tubo delgado llamado esofagoscopio que cuenta con una luz en el extremo, prueba que se denomina esofagoscopia. En esta prueba, se inserta el **esofagoscopio** por la boca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local (una sustancia

5 determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la **esofagoscopia** mientras aún se está bajo los efectos de la anestesia, de tal manera que Ud. no sienta dolor. Algunas veces la biopsia indica variac

6 Estudios morfológicos de las órganos huecos o trayectos patentes, como: T.E.G.D. (tránsito **esofago-gastro-duodenal**); ingesta de papilla baritada para visualización de las estructura

7 úterosalpingografías. La oclusión intestinal contraindica la realización de T.E.G.D. (tránsito **esofago-gastro-duodenal**) o Enema opaca, salvo en la intususpección infantil (invaginación de un se

8 introducción de tubos con una fuente de luz y un visor. Incluye las siguientes pruebas: **Es ofagoscopia** Gastroscopia Colonoscopia Sigmoidoscopia

9 diografía. Biopsia de la zona sospechosa. Scanner. **Esofagoscopia** Tratamiento: Cirugía, radiación y quimioterapia ó mezcla de

10 mente el 80% de los casos. Sin embargo, para el diagnóstico definitivo es necesario practicar una **esofagogastrosocopia** (introducción de un tubo flexible con una cámara de vídeo en su extremo) con t

#### **anosocopia\***

N Concordance

1 extensión y la posible existencia de ganglios linfáticos alrededor del recto. **Anosocopia** y rectosigmoidoscopia, para excluir cualquier otra enfermedad sincrónica presente en el

#### **proctoscopia\***

N Concordance

1 ior del recto y la parte inferior del colon con un instrumento especial llamado sigmoidoscopio o proctosigmoidoscopio. Este examen, conocido como **proctoscopia** o examen rectal, descubre cerca de la mitad de todos los cánceres del colon y el recto. El médico también podría querer ver el interi

2 el microscopio para determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general la biopsia se hace durante la **proctoscopia** o colonoscopia en el consultorio médico. El médico también puede llevar a cabo un examen conocido como ultrasonido endorrectal. En es

3 el recto con el fin de determinar el tamaño del tumor y si éste se ha diseminado. Se puede hacer exámenes de detección (como el examen rectal, la **proctoscopia** y la colonoscopia) con regularidad a los pacientes que tienen mayor peligro de padecer de cáncer. Estas pruebas pueden hacerse a paci

4 aparezca el cáncer, quiénes son portadores de estos genes anormales. Debe hacerse regularmente exámenes de detección (como la prueba rectal, **proctoscopia** y colonoscopia) en pacientes que corren mayor peligro de contraer cáncer. Estas pruebas se pueden hacer en pacientes mayores de 50 años

5 ntro del recto y del colon inferior con un instrumento especial llamado un sigmoidoscopio o un proctosigmoidoscopio. Este reconocimiento, llamado **proctoscopia** o examen rectal, descubre cerca de la mitad de los cánceres del colon y el recto. Generalmente, la prueba se hace en el consultorio m

6 el microscopio para determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general la biopsia se hace durante la **proctoscopia** o colonoscopia, en el consultorio médico. El pronóstico (perspectiva de recuperación) y la elección del tratamiento dependen de la et

#### **rectoscopia\***

N Concordance

1 **DIAGNÓSTICO** La detección precoz es fundamental por ello se deben realizar exploraciones preventivas como el tacto rectal, la **rectoscopia**, y colonoscopia, sobre todo el las personas que tiene factores de riesgo (pólipos en el colon, colitis ulcerosa) o her

#### **sigmoidoscopia\***

N Concordance

1 ual desde los cincuenta años aumenta las posibilidades de diagnóstico precoz. - La **sigmoidoscopia** permite ver el interior de la última parte del intestino. Aquí se asientan

2 prueba es, junto a otro tipo de test que se realiza en la actualidad -la detección de sangre en heces o la **sigmoidoscopia**-, el único método disponible, capaz de detectar precozmente la presencia de un tumor en el co

3 de realizar. Sin embargo, es poco específica y detecta un gran número de falsos positivos. La **sigmoidoscopia** y la colonoscopia son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidos

4 La **sigmoidoscopia** y la colonoscopia son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidoscopia es una prueba eficaz, ya que logra reducir la mortalidad por cáncer de recto y sigma, pero sólo

5 Esofagoscopia Gastroscopia Colonoscopia **Sigmoidoscopia** Cistoscopia Broncoscopia  
Cómo funciona

6 Historial y reconocimiento físico por un médico. Análisis de sangre. **Sigmoidoscopia** o colonoscopia, con toma de muestras para su análisis por el microscopio. En

#### **\*sigmoidoscopia\***

N Concordance

1 ual desde los cincuenta años aumenta las posibilidades de diagnóstico precoz. - La **sigmoidoscopia** permite ver el interior de la última parte del intestino. Aquí se asientan

2 prueba es, junto a otro tipo de test que se realiza en la actualidad -la detección de sangre en heces o la **sigmoidoscopia**-, el único método disponible, capaz de detectar precozmente la presencia de un tumor en el co

3 de realizar. Sin embargo, es poco específica y detecta un gran número de falsos positivos. La **sigmoidoscopia** y la colonoscopia son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidos

4 La sigmoidoscopia y la colonoscopia son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La **recto-sigmoidoscopia** es una prueba eficaz, ya que logra reducir la mortalidad por cáncer de recto y sigma, pero sólo

5 Esofagoscopia Gastroscopia Colonoscopia **Sigmoidoscopia** Cistoscopia Broncoscopia  
Cómo funciona

6 Historial y reconocimiento físico por un médico. Análisis de sangre. **Sigmoidoscopia** o colonoscopia, con toma de muestras para su análisis por el microscopio. En

7 extensión y la posible existencia de ganglios linfáticos alrededor del recto. Anoscopia y **rectosigmoidoscopia** para excluir cualquier otra enfermedad sincrónica presente en el tracto

#### **colonoscopia\***

N Concordance

1 5 ¿Cómo se diagnostica? La prueba definitiva en un paciente con síntomas es la **colonoscopia**. Con esta prueba se ve el interior del intestino y se pueden tomar bi

2 s que no son observables a simple vista. Si el test es positivo hay que hacer una **colonoscopia**. Su realización anual desde los cincuenta años aumenta las posibilidad

3 n. Se recomienda hacerla cada cinco años desde los cuarenta o cincuenta años. - La **colonoscopia** es la prueba más sensible pero también la más agresiva y molesta para el

4 descubre cerca de la mitad de todos los cánceres del colon y el recto. El médico también podría querer ver el interior del recto y todo el colon (**colonoscopia**) con un instrumento especial llamado colonoscopio. Ambas pruebas se realizan en el consultorio médico, y durante ellas se siente alg

5 para determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general la biopsia se hace durante la proctoscopia o **colonoscopia** en el consultorio médico. El médico también puede llevar a cabo un examen conocido como ultrasonido endorrectal. En este examen se ha

6 de determinar el tamaño del tumor y si éste se ha diseminado. Se puede hacer exámenes de detección (como el examen rectal, la proctoscopia y la **colonoscopia**) con regularidad a los pacientes que tienen mayor peligro de padecer de cáncer. Estas pruebas pueden hacerse a pacientes mayores de 50

7 l cáncer, quiénes son portadores de estos genes anormales. Debe hacerse regularmente exámenes de detección (como la prueba rectal, proctoscopia y **colonoscopia**) en pacientes que corren mayor peligro de contraer cáncer. Estas pruebas se pueden hacer en pacientes mayores de 50 años; en los que

8 podría sentir una leve presión, pero generalmente no se siente dolor. Es posible que su médico quiera mirar dentro del recto y de todo el colon (**colonoscopia**) con un instrumento especial llamado colonoscopio. Esta prueba también se hace en el consultorio del médico. Usted podría sentir una ligera

9 para determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general la biopsia se hace durante la proctoscopia o **colonoscopia**, en el consultorio médico. El pronóstico (perspectiva de recuperación) y la elección del tratamiento dependen de la etapa en que se e

10 22 DE JULIO DE 2000 CÁNCER DE COLON La **colonoscopia** es esencial para mejorar el diagnóstico precoz VÍCTOR CÓRDOBA La mortalidad del cáncer de colon sigue siendo e

11 o se diagnostica, el tumor suele estar muy extendido. Dos estudios publicados esta misma semana certifican el papel de la **colonoscopia** a la hora de visualizar lesiones premalignas en personas sin síntomas. Cuando avisa ya es traidor. El cáncer

12 ios publicados esta misma semana en The New England Journal of Medicine certifican el valor de una prueba diagnóstica, la **colonoscopia**, a la hora de encontrar lesiones cancerosas y otras alteraciones que se pueden convertir en cancerosas. El primero de

13 gón, en Portland, EEUU. Expertos de los Hospitales de Veteranos de ese estado, afiliados a la Universidad, realizaron una **colonoscopia** a 3.196 personas mayores de 50 años, todas asintomáticas, que tenían un riesgo medio de padecer cáncer de col

14 invalida en modo alguno la posibilidad de tener cáncer de colon en otras zonas más proximales del mismo. «Creemos que la **colonoscopia** es un procedimiento útil en el chequeo de personas asintomáticas y que esta exploración beneficiará a aquello

15 trabajo, que estuvo liderado por el doctor David Lieberman. «Lo que aún no se ha demostrado es si la generalización de la colonoscopia conseguirá reducir la mortalidad global del cáncer de colon». El segundo estudio en el que se reafirma el val

16 que la presencia de lesiones en el sigma no debe seguir siendo un marcador a la hora de decidir quién debe realizarse una **colonoscopia** más completa». Como pasa en todos los estudios importantes que se publican cada semana en el Ne

17 e el doctor Daniel Podolsky, del Massachusetts General Hospital de Boston (EEUU), completa los trabajos. Para Podolsky la **colonoscopia** es la mejor prueba para hacer la detección precoz de un tipo de cáncer como es el de colon que produce una gran carga de

18 de apoyo social», afirmó. Exploraciones virtuales Aunque muchos expertos opinan que la **colonoscopia** tiene, al menos, el mismo valor para reducir la mortalidad del cáncer de colon que la

19 ecesario un experto entrenado para que la exploración se lleve a cabo con todas las garantías. La **colonoscopia** es, además, una prueba cara. No obstante, los especialistas predicen que el futuro de

20 los especialistas predicen que el futuro del diagnóstico precoz del cáncer de colon pasará por la **colonoscopia**, pero la virtual. Esta prueba se realiza gracias a un escáner de alta resolución, con

21 in embargo, las molestias que el enfermo refiere son mucho menores. Lo que sí es necesario con la **colonoscopia** virtual es llevar a cabo una dieta y una preparación previa para que el intestino est

22 19 DE JULIO DE 2000 La **colonoscopia**, esencial para el diagnóstico precoz de cáncer de colon ELMUNDOSALUD.COM Científicos estadounide

23 de colon ELMUNDOSALUD.COM Científicos estadounidenses confirman, en dos trabajos distintos, la validez de la **colonoscopia** para detectar tanto tumores malignos en el colon como lesiones que pueden llegar a malignizarse. Ambos estudi

24 rnal of Medicine. En el primer ensayo, llevado a cabo por médicos de la Universidad de Oregón, en EEUU, se practicó una **colonoscopia** a más de 3.000 participantes asintomáticos, pero con riesgo medio de padecer cáncer de colon. E

25 ine la zona hasta el final del colon. Estos dos trabajos abren la veda a un debate ya planteado: si se debe o no realizar **colonoscopia** a pacientes asintomáticos como medida de chequeo sistemático. La revista estadounidense publica también un ed

26 ambién un editorial, en el que el doctor Podolsky, del Massachusetts General Hospital (EEUU), defiende la tesis de que la **colonoscopia** es la mejor prueba para detectar precozmente un cáncer de este tipo. Y que el hecho de que no se realice habi

27 elevado de falsos positivos y necesita un régimen especial los días previos a la recogida de la muestra. La **colonoscopia** es la mejor prueba para diagnosticar cáncer de colon pero tiene muchos inconvenientes para llevarla a cabo en todas las

28 eces, si confirma en el futuro sus buenas perspectivas, puede tener un coste-beneficio muy adecuado. Así, se indicaría la **colonoscopia** de una forma mucho más selectiva.

29 cáncer. Otro de los logros importantes en la lucha frente al cáncer de colon ha sido la introducción de la **colonoscopia**. La prueba es, junto a otro tipo de test que se realiza en la actualidad -la detección de sangre en heces o l

30 lizar. Sin embargo, es poco específica y detecta un gran número de falsos positivos. La sigmoidoscopia y la **colonoscopia** son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidoscopia es una prueba

31 idad por cáncer de recto y sigma, pero sólo detecta entre un 25 y un 30% de todos los cánceres de colon. La colonoscopia, en cambio, es una prueba definitiva, ya que es capaz de visualizar todo el colon y el recto. P

- 32 os, así como un análisis anual de sangre oculta en heces cada dos años a partir de los 50. La **colonoscopia**, en cambio, sí es conveniente en personas con antecedentes familiares. UTERO Cuan
- 33 Incluye las siguientes pruebas: Esofagoscopia Gastroscopia Colonoscopia Sigmoidoscopia Cistoscopia Broncoscopia
- 34 PREPARACIÓN PREVIA Para la gastroscopia conviene estar en ayunas. Para la **colonoscopia** deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución evacuable el día
- 35 tranquilizante y un antiemético que facilitan la exploración. Para la **colonoscopia** se insufla el intestino grueso de aire. Durante la cistoscopia se rellena la
- 36 storial y reconocimiento físico por un médico. Análisis de sangre. Sigmoidoscopia o **colonoscopia**, con toma de muestras para su análisis por el microscopio. En el caso
- 37 inción de Papanicolaou en mujeres por encima de los 30 años, la realización de una **colonoscopia** para la detección de cáncer de colon y recto en pacientes con predispo
- 38 La detección precoz es fundamental por ello se deben realizar exploraciones preventivas como el tacto rectal, la rectoscopia, y **colonoscopia**, sobre todo en las personas que tiene factores de riesgo (pólipos en el colon, colitis ulcerosa) o herencia familiar de cáncer

### laparoscopia\*

N Concordance

- 1 en determinadas situaciones, para evitar intervenciones innecesarias, se puede plantear realizar una **laparoscopia** diagnóstica. Esta exploración consiste en la visión directa de la cavidad abdominal mediante la introducción de
- 2 Rayos X, T.A.C. o R.M.N. de las distintas partes del cuerpo que puedan estar afectadas. A veces se realiza una "**laparoscopia**" exploratoria, para estadiar adecuadamente la enfermedad, aunque es menos importante que en el
- 3 os ureteres. Una técnica relacionada, pero que precisa de la realización de una incisión y emplea tubos rígidos, es la **laparoscopia**, en la que se observa e interviene en el interior del abdomen. Cómo se hace la exploración Se introduce
- 4 Ecografía del abdomen. Rayos X del abdomen. Técnicas de diagnóstico quirúrgico, como colposcopia y **laparoscopia** Posibles complicaciones Muerte por extensión del cáncer a otras partes del cuerpo.
- 5 ecografía endoscópica trans-parietal (ecografía realizada desde el interior del estómago a través de un tubo endoscópico) y la **laparoscopia** prequirúrgica (pequeña intervención realizada con anestesia local en la que tras realizar una pequeña incisión en la pared

### colposcopia\*

N Concordance

- 1 e casos anormales: más de 15.000 féminas presentaban células anormales en el frotis vaginal y, de ellas, poco menos de 6.000 fueron enviadas a **colposcopia** -un examen visual de cérvix con un microscopio binocular- y se les recomendó un tratamiento. El resto, o bien dió negativo al repeti
- 2 casos de HSLI en las pruebas confusas y evitaría los costes y la ansiedad que genera para las mujeres someterse a repetidas citologías o a una **colposcopia** para descartar la existencia de un cáncer de cuello de útero incipiente.
- 3 Ecografía del abdomen. Rayos X del abdomen. Técnicas de diagnóstico quirúrgico, como **colposcopia** y laparoscopia. Posibles complicaciones Muerte por extensión del cáncer a otras partes
- 4 plicable. Historial y reconocimiento clínico por su médico o ginecólogo. Examen con lupa del cérvix (**colposcopia**) Análisis como citologías y biopsias. Procedimientos quirúrgicos de diagnóstico y trata
- 5 plicable. Historial y reconocimiento clínico por su médico o ginecólogo. Examen con lupa del cérvix (**colposcopia**) Análisis como citologías y biopsias. Procedimientos quirúrgicos de diagnóstico y trata
- 6 ulas anormales. Este resultado positivo no prueba que haya cáncer, ni siquiera displasia, pero usualmente significa que deben hacerle un reconocimiento intenso como una **colposcopia** o una biopsia. Deben hacerle su primera citología antes de empezar a tener relaciones sexuales y después de pasado un año. Si los dos resultados son normales,
- 7 tiñen y se examinan al microscopio. •Los pacientes con una citología adversa sin lesión visible, deben realizarse **colposcopia** (exploración ginecológica de la vagina y cuello del útero), que detecta el 90% de lesiones. •Si ha

**cistoscopia\***

N Concordance

1 profundos. La probabilidad de progresión y el elevado número de recidivas exigen una estrecha vigilancia mediante **cistoscopias** periódicas. - Pronóstico: Bueno. 70-80 por ciento de supervivencia en 5 años. - Tumores

2 cuenta elevada cuando existen tumores en la vejiga. Si se confirma que este procedimiento es útil, un análisis de orina obviaría muchas de las **cistoscopias** -una prueba invasiva y molesta- que ahora se realizan, bien para hacer un primer diagnóstico de cáncer bien para comprobar las reca

3 star ya muy extendido. La única forma, hasta ahora, de poder hacer un diagnóstico precoz en este tipo de tumores era mediante la realización de **cistoscopias** periódicas. No obstante, introducir un cistoscopio en la vejiga de todos los mayores de 50 años para observar las paredes de la vejiga es algo

4 los enfermos tratados de cáncer de vejiga para rastrear si el problema está recidivando. Sería más barato y mucho más cómodo que llevar a cabo **cistoscopias** de rutina cada cierto tiempo a los enfermos ya operados. Por otra parte, cuando el uso de la RPC sea rutina en la mayoría de los

5 Esofagoscopia Gastroscopia Colonoscopia Sigmoidoscopia **Cistoscopia**  
Broncoscopia

6 onoscopia deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución evacuable el día anterior. Para la **cistoscopia** debe realizarse unos análisis de orina previos para descartar una infección. Para todas conviene que no tome antiinflamatorios n

7 exploración. Para la colonoscopia se insufla el intestino grueso de aire. Durante la **cistoscopia** se rellena la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo sedación profund

8 dejado bridas cicatriciales que favorezcan una perforación. Las infecciones activas de la orina contraindican la **cistoscopia**.

9 enómenos obstructivos del resto de la vía urinaria. Es esencial la confirmación diagnóstica mediante la realización de una **CISTOSCOPIA Y BIOPSIA**. La cistoscopia consiste en la introducción de un endoscopio a través de la uretra, lo que nos permite la visión directa del

10 resto de la vía urinaria. Es esencial la confirmación diagnóstica mediante la realización de una **CISTOSCOPIA Y BIOPSIA**. La **cistoscopia** consiste en la introducción de un endoscopio a través de la uretra, lo que nos permite la visión directa del t

11 mor infiltrante, el número de lesiones tumorales presentes, así como el estado de la mucosa vesical alejada del tumor. La **cistoscopia** también nos permite la recogida de muestras de orina para evaluar la presencia o ausencia de células malignas. La cistoscopia tiene el

12 tumor. La cistoscopia también nos permite la recogida de muestras de orina para evaluar la presencia o ausencia de células malignas. La **cistoscopia** tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto). Mediante la cistoscopia puede realiz

13 de células malignas. La cistoscopia tiene el inconveniente de ser un método invasivo (más agresivo o molesto). Mediante la **cistoscopia** puede realizarse, al mismo tiempo que un acto diagnóstico, un acto terapéutico, mediante la realización de una Resección Transuretral o

14 fin de controlar las posibles recidivas o recaídas debe hacerse un seguimiento periódico mediante citología de la orina y **cistoscopia**, con RTU (resección transuretral) de las nuevas tumoraciones que hayan aparecido. Si el tumor se caracteriza por ser multifocal (estar e

**uretero\***

N Concordance

1 re en la orina o dolor de espalda. Si usted tiene síntomas, generalmente el médico le examinará el abdomen en busca de protuberancias. Puede que se utilice un tubo estrecho iluminado llamado **ureteroscopia** que se inserta en el uréter por la vejiga para que el médico pueda examinar la parte interna del uréter y la pelvis renal en busca de signos de cáncer. Si encuentra células cancerosa

VARIACIÓN (PARTE II) EN EL CORPUS ESPAÑOL PARA EL PACIENTE  
 BIOPSIA:

**muestra + biopsia**

N Concordance

1 ION DE LAS ETAPAS Tipos de tumores cerebrales infantiles Una vez se haya encontrado un tumor cerebral infantil, se harán más exámenes para saber de qué tipo de tumor se trata. Si se obtiene una **muestra** mediante una **biopsia**, las células cancerosas se observarán cuidadosamente a través del microscopio para ver la diferencia entre éstas y las células normales, lo cual determinará el grado

2 DE LAS ETAPAS Una vez detectado un tumor neuroectodérmico primitivo supratentorial infantil o un tumor pineal infantil, se harán más análisis para determinar el tipo de tumor. Si se obtiene una **muestra a través de una biopsia**, las células cancerosas se observarán cuidadosamente a través del microscopio para ver en qué se diferencian de las células normales. Este procedimiento determinará

3 la edad y salud general del niño. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez detectado el meduloblastoma infantil, se harán más análisis para determinar de qué tipo de tumor se trata. Si se obtiene una **muestra mediante una biopsia**, se observarán cuidadosamente las células cancerosas a través del microscopio para ver la diferencia entre éstas y las células normales, lo cual determinará el grado

4 salud del niño en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez detectado el glioma de las vías ópticas centrales infantil, se harán más pruebas para determinar el tipo de tumor. Si se toma una **muestra de biopsia**, se examinarán las células cancerosas cuidadosamente en el microscopio para ver qué tan diferentes son de las células normales. Esto determinará el grado histológico del tumor

5 l del niño. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez se descubra el glioma del tronco del encéfalo infantil, se harán más análisis para obtener información adicional sobre el tumor. Si se toma una **muestra mediante una biopsia**, se examinarán las células cancerosas cuidadosamente con el microscopio para ver en qué difieren de las células normales. De esta manera se determinará el grado histol

6 cesario realizar una operación quirúrgica para determinar si el paciente tiene un tumor cerebral y qué tipo de tumor tiene. El doctor puede obtener por medio de una operación llamada **biopsia** una **muestra** de tejido para luego examinarla bajo el microscopio. Algunas veces se realiza una biopsia haciendo un pequeño agujero en el cráneo y usando una aguja para extraer una muestra del tumor.

7 u edad y su salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez se haya detectado un endimoma infantil, se realizarán más pruebas para obtener información sobre el tumor. Cuando se tome una **muestra por medio de una biopsia**, se examinarán cuidadosamente las células del tumor bajo el microscopio para ver si presentan anormalidades. Si es así, se usará la ubicación del tumor en el cer

8 uno de los extremos. Para esta prueba, se hace un corte pequeño en el abdomen de tal manera que el laparoscopio pueda ser insertado. El médico también puede extraer un pedazo pequeño de tejido (**muestra de biopsia**) durante la laparoscopia para analizarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. A usted se le administrará un anestésico para que no sie

9 dad y estado de salud del niño en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez detectado un astrocitoma cerebral infantil, se harán más análisis para determinar el tipo de tumor. Si se toma una muestra mediante una biopsia, se examinarán las células cancerosas cuidadosamente con el microscopio para ver en qué se diferencian de las células normales. Esto determinará el grado histológico

10 e cuánto se haya extendido. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez detectado el astrocitoma cerebeloso infantil, se harán más análisis para obtener más información acerca del tumor. Si se toma una **muestra mediante una biopsia**, se examinarán las células cancerosas cuidadosamente con el microscopio para ver en qué difieren de las células normales De esta manera se determinará el grado histo

11 incluir en él una determinación de antígeno prostático específico (PSA) y, más aún, sabe qué hacer si el análisis de sangre es positivo y si la **biopsia** de la próstata muestra células cancerosas, se ha convertido en una de las mayores controversias que existen hoy en Medicina. Para estar informado seriamente de qué hacer en el caso de un

12 Acto seguido, para confirmar o asegurar el diagnóstico, se procede a una punción-**biopsia** transrectal (obtención de una **muestra** de tejido mediante la introducción de una aguja desde el recto; es poco molesto). A partir

13 cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en la consulta del médico. A veces se necesita extraer una **muestra de biopsia** en forma de cono, más grande (conización), para lo cual quizás sea necesario ir al hospital. El pronóstico (posibilidades de recuperación) y sel

14 Fundamentalmente el sangrado, infecciones de la zona y ¿Cómo se realiza el diagnóstico? Mediante una **biopsia (toma de muestra de la lesión sospechosa)**. ¿Cuándo hacerla?:Indicaciones de biopsia: •Cuando aparezcan zonas enrojecidas, oscuras ó

#### **muestra + tejido**

N Concordance

1 terino y la vagina y recoger algunas células. La paciente podrá sentir algo de presión, pero por lo general no se siente dolor. Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que cortar una **muestra pequeña de tejido** de la vagina (en un procedimiento llamado biopsia) y observarla bajo el microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. El médico deberá examinar no sólo

2 tubo delgado con una luz en el extremo llamado cistoscopio para poder mirar dentro de la uretra. Si el médico encuentra células anormales u otros signos de enfermedad, es posible que corte una **muestra pequeña de tejido** (procedimiento conocido como biopsia) para observarla a través del microscopio en busca de células cancerosas. Las posibilidades de recuperación (pronóstico) y elección d

3 se emplean ondas magnéticas en lugar de rayos X. A menudo se requiere una operación para ver si existe un tumor cerebral y para saber de qué tipo de tumor se trata. El médico puede extraer una **muestra del tejido** tumoral para examinarlo bajo el microscopio, procedimiento que se conoce como biopsia. Algunas veces la biopsia se realiza haciendo un pequeño agujero en el cráneo y usando un

4 ciente tiene síntomas de cáncer, el médico examinará el pene y le hará un palpamiento en busca de masas. Si el pene no tiene un aspecto normal o si el médico encuentra alguna masa, se cortará una **muestra pequeña de tejido** del pene (en un procedimiento llamado biopsia) y se observará a través de un microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Sus probabilidades de recup

5 que usa ondas magnéticas en vez de rayos X. Con frecuencia es necesario extraer tejido del tumor, la médula ósea o ambos para determinar si existe un neuroblastoma. Se puede obtener una **pequeña muestra del tejido** quirúrgicamente para analizarse bajo el microscopio, procedimiento al que se denomina biopsia. Algunas veces la biopsia se realiza extrayendo con una aguja una muestra del tej

6 er una pequeña muestra del tejido quirúrgicamente para analizarse bajo el microscopio, procedimiento al que se denomina biopsia. Algunas veces la biopsia se realiza extrayendo con una aguja una **muestra del tejido** a través de un pequeño agujero. La probabilidad de recuperación (pronóstico) del niño y la elección de su tratamiento dependerán de la etapa en la que se encuentre el cáncer (ha

7 ecesario realizar una operación quirúrgica para determinar si el paciente tiene un tumor cerebral y qué tipo de tumor tiene. El doctor puede obtener por medio de una operación llamada biopsia una **muestra de tejido** para luego examinarla bajo el microscopio. Algunas veces se realiza una biopsia haciendo un pequeño agujero en el cráneo y usando una aguja para extraer una muestra del tumor.

8 uno de los extremos. Para esta prueba, se hace un corte pequeño en el abdomen de tal manera que el laparoscopio pueda ser insertado. El médico también puede extraer un pedazo pequeño de **tejido (muestra de biopsia)** durante la laparoscopia para analizarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. A usted se le administrará un anestésico para que no sie

9 o añadidos. ¿Qué otros métodos de diagnóstico existen? Las biopsias se realizan cuando se detecta un bulto en la mama. Mediante una fina aguja, se extrae una **muestra de tejido** y un patólogo analiza su naturaleza (si es un quiste, un depósito de calcio o un tumor). Las ultrasonografías se usan en las mujeres más jóv

10 almente para realizar una biopsia de la mama), podría servir también para confirmar si existe un tumor mamario sin necesidad de extraer ninguna **muestra de tejido** de la mama. ¿Cómo? Con tan sólo instalar un programa barato de software. Así, la técnica permite obtener imágenes en tres dimensiones (3-D) d

11 Acto seguido, para confirmar o asegurar el diagnóstico, se procede a una punción-biopsia transrectal (obtención de una **muestra de tejido** mediante la introducción de una aguja desde el recto; es poco molesto). A partir

12 iente puede sentir algo de presión, que se acompañará en algunos casos de dolor. Biopsia. Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una **muestra de tejido** del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita



13 te con problemas de próstata. 3. Punción/Biopsia de próstata. La única manera de determinar si una masa sospechosa es cáncer de próstata es examinar microscópicamente una **muestra del tejido** tomado del área. Esta muestra puede ser extraída por una aguja colocada directamente en la próstata a través del recto o del perineo (el espacio entre el escroto

14 Punción/Biopsia de próstata. La única manera de determinar si una masa sospechosa es cáncer de próstata es examinar microscópicamente una **muestra del tejido** tomado del área. Esta muestra puede ser extraída por una aguja colocada directamente en la próstata a través del recto o del perineo (el espacio entre el escroto y el ano). Este procedimiento se

15 especialista observa que hay una alteración en la pared de los bronquios o llega al lugar donde supone que se encuentra la lesión coge una **muestra del tejido** atravesando la pared del bronquio. El diagnóstico que se consigue con esta prueba es anatomopatológico es decir,

16 on más exactitud acceder al tejido del pulmón que se ve dañado así como el lugar exacto en el que realizar la toma de una **muestra del tejido**. Evidentemente no está exenta de complicaciones pero la naturaleza del cáncer y su posible tratamiento y curación en estadios pre

### tejido + biopsia

N Concordance

1 na luz en el extremo llamado cistoscopio para poder mirar dentro de la uretra. Si el médico encuentra células anormales u otros signos de enfermedad, es posible que corte una muestra pequeña de **tejido** (procedimiento conocido como **biopsia**) para observarla a través del microscopio en busca de células cancerosas. Las posibilidades de recuperación (pronóstico) y elección de tratamiento dep

2 el hueso) el médico podría ordenar radiografías y otros exámenes. El médico también podría cortar un pedazo de **tejido** del área afectada, procedimiento que se conoce con el nombre de **biopsia**. El tejido se analizará con un microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Este examen puede hacerse en el hospital. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y el tratamiento

3 determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Algunas veces la **biopsia** se hace insertando una aguja en el seno con el propósito de extraer parte del **tejido** del seno. Si la biopsia indica que hay cáncer, es importante que se hagan algunos análisis de las células cancerosas (llamados análisis de receptores de estrógeno y progesterona). Los aná

4 ción, el médico tendrá que hacer una escisión en el abdomen y observar cuidadosamente todos los órganos para determinar si éstos contienen cáncer. Además, el médico cortará pedazos pequeños de **tejido** (en un procedimiento denominado **biopsia**) para examinarlos a través del microscopio con el fin de determinar la presencia de cáncer. Generalmente el médico extraerá el tumor y los órganos qu

5 dría recomendarle que vea a un especialista llamado oncólogo ortopédico. El oncólogo ortopédico puede cortar un pedazo de **tejido** del área afectada. Este procedimiento se conoce como **biopsia**. El tejido será observado a través del microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este examen puede llevarse a cabo en el hospital. La probabilidad de recuperación (pro

6 la enfermedad. Durante esta operación, el médico hará una incisión en el abdomen y observará cuidadosamente los órganos para ver si contienen cáncer. A continuación, extraerá pequeños pedazos de **tejido** (realizará una **biopsia**) y los observará bajo el microscopio para ver si contienen cáncer. Este tipo de clasificación por etapas se llama clasificación patológica, y normalmente sólo se ll

7 asa por el estómago y desemboca en la primera parte del intestino delgado. El médico puede extraer un pedazo pequeño de **tejido** durante la endoscopia. Este procedimiento se conoce como **biopsia**. El tejido entonces se analiza en un microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. La probabilidad de su recuperación (pronóstico) dependerá del tipo de cáncer que usted

8 alizar una operación quirúrgica para determinar si el paciente tiene un tumor cerebral y qué tipo de tumor tiene. El doctor puede obtener por medio de una operación llamada **biopsia** una muestra de **tejido** para luego examinarla bajo el microscopio. Algunas veces se realiza una biopsia haciendo un pequeño agujero en el cráneo y usando una aguja para extraer una muestra del tumor. El tratam

9 luz en uno de los extremos. Para esta prueba, se hace un corte pequeño en el abdomen de tal manera que el laparoscopio pueda ser insertado. El médico también puede extraer un pedazo pequeño de **tejido** (muestra de **biopsia**) durante la laparoscopia para analizarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. A usted se le administrará un anestésico para que

10 de sarcoma de tejido blando, el médico podría solicitar distintos estudios radiográficos (rayos-X) y otras pruebas. Puede ser necesaria una **biopsia** (cortar un pedazo de **tejido** para examinarlo al microscopio, con el fin de determinar la presencia de células cancerosas) TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO Ya que al hablar de sarcomas de tejidos blandos

**tejido + trozo**

N Concordance

1 en la nariz para ver dentro de la nasofaringe. El médico también palpará el cuello para detectar protuberancias. Si encuentra algún tejido anormal, el médico tendrá que cortar un **trozo pequeño de tejido** y examinarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. La posibilidad de recuperación (pronóstico) depender

2 os del endometrio. La abertura del cuello uterino se expande con un instrumento en forma de cuchara y las paredes del útero se raspan suavemente para extraer un **trozo de tejido**. Este tejido luego se examina para detectar células cancerosas. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y selección de tratamiento dependerán de la etapa (o es

3 trio. La abertura del cuello uterino se expande con un instrumento en forma de cuchara y las paredes del útero se raspan suavemente para extraer un **trozo de tejido**. Este tejido luego se examina para detectar células cancerosas. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y selección de tratamiento dependerán de la etapa (o estadio) en la

4 o) y la vagina. 2. CON QUÉ MÉTODOS SE PUEDE DIAGNOSTICAR: •Citología (Papanicolau) y biopsias (toma de un **trozo de tejido**). Las citologías deben ser anuales desde el inicio de las relaciones sexuales, y consisten en la toma de las células de la superficie

**PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO:**

**prueba\* + determinar**

N Concordance

1 cáncer, y después determinar su extensión o estadio. Para el diagnóstico del tumor pulmonar se comienza por hacer las siguientes **pruebas** que **determinarán** la localización del tumor y el estado general del paciente para someterse a las

2 por lo que captan la glucosa radioactiva pudiendo localizarse mediante una gammacámara (detector de radioactividad). Otras **pruebas** que pueden realizarse, para **determinar** la presencia de metástasis o no, incluyen la gammagrafía ósea

3 el período (menstruación), ardor/picazón o dolor fuerte en la vulva, o si la piel de la vulva tiene un aspecto blanco y se siente áspera. Si se tienen síntomas, el médico puede realizar ciertas **pruebas** para **determinar** si existe cáncer. Por lo general, estas pruebas comienzan con un examen visual de la vulva y un palpamiento para determinar la presencia de bultos. El médico luego puede

4 inado a otros lugares) y del estado de salud general de la paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la vulva Una vez que se haya diagnosticado cáncer de la vulva, se harán otras **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado de la vulva a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad par

5 otros lugares) y del estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la vesícula biliar Una vez detectado el cáncer de la vesícula biliar, se hacen otras **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. El médico necesita saber la etapa del cáncer para poder planear el tratamiento adecuado. Las sigue

6 la orina (orina de color rojo brillante o rojizo), siente dolor al orinar, orina con frecuencia o siente necesidad de orinar sin poder lograrlo. Cuando hay síntomas, el médico puede usar varias **pruebas** para **determinar** si usted tiene cáncer de la vejiga. Se puede enviar la orina a un laboratorio para analizarla y determinar si contiene células cancerosas. El médico también puede, utiliz

7 o a otros lugares del cuerpo) y del estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la vejiga Una vez diagnosticado el cáncer de la vejiga, se hacen otras **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad p

8 , y dolor durante el coito o en el área pélvica. la posibilidad de desarrollar cáncer vaginal persiste aun cuando la paciente haya sido sometida a una histerectomía. El médico puede usar varias **pruebas** diferentes para **determinar** si existe cáncer. Por lo general, empezará por hacer un examen interno (pélvico), el cual consiste en un palpamiento para determinar la presencia de bultos y una

9 a otros lugares) y el estado de salud general de la paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la vagina Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer de la vagina, se harán otras **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado de la vagina a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad pa

- 10 iseminado a otros lugares del cuerpo) y el estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la uretra Una vez se encuentre el cáncer de la uretra, se harán **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa
- 11 e el estado de salud en general y del tipo de tumor cerebral que se tenga. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Tipos de tumores cerebrales en adultos Una vez detectado el tumor cerebral, se harán más **pruebas** para **determinar** el tipo de tumor que se tiene. El médico también tendrá que determinar la diferencia entre las células tumorales y las células que se encuentran a su alrededor. Este proc
- 12 tras partes, y su estado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas de tumores carcinoides gastrointestinales Una vez detectado el tumor carcinóide gastrointestinal, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Para la clasificación del tumor carcinóide gastrointestinal se usan las siguientes etapas: Locali
- 13 aparezca el cáncer. Es importante que el paciente y los miembros de su familia (hijos, nietos, padres, hermanos, hermanas, sobrinas y sobrinos) consulten al médico para que éste les indique las **pruebas** disponibles para **determinar** la presencia de este gen defectuoso. Estas pruebas son confidenciales y pueden facilitar la ayuda que el médico preste al paciente y a su familia. Los miembros
- 14 a extraer inócuamente la glándula tiroides (tiroidectomía). EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la tiroides Una vez detectado el cáncer de la tiroides (diagnosticado), se hacen más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la que s
- 15 inado a otros lugares) y del estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del testículo Una vez que se ha diagnosticado el cáncer testicular, se hacen más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del testículo a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad p
- 16 l paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas para el cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal Una vez que el cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal se encuentran, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Esto se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en que se encuentra la enfe
- 17 po) y del estado de salud general del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de células renales Una vez que se haya diagnosticado el cáncer de células renales, se harán otras **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la que se
- 18 ico puede eliminar el cáncer o aliviar los bloqueos causados por el tumor. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del páncreas Una vez que se encuentra el cáncer pancreático, se hace más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del páncreas a los tejidos que lo rodean o a otras partes del cuerpo. Este proceso se llama clasificación por etapas. Las siguientes etapas
- 19 el estado de salud general del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de pulmón de células pequeñas Una vez se encuentre el cáncer de pulmón de células pequeñas, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado de uno o ambos pulmones a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en que se encuen
- 20 tomas y el estado de salud general del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de pulmón de células no pequeñas Una vez detectado el cáncer de pulmón (diagnóstico), se harán más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del pulmón a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en que se encuentra el cáncer para poder
- 21 n otras partes del cuerpo también pueden diseminarse (metastatizar) a la piel. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Tipos de cáncer de la piel Una vez detectado el cáncer de la piel, debe realizarse más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado. Este procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa del cáncer de la piel y su tipo para planear el tra
- 22 si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud del paciente en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del pene Una vez que se detecta el cáncer del pene, se harán más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del pene a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad
- 23 tado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de células de transición de la pelvis renal y del uréter Una vez detectado el cáncer de células de transición, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en que se encuentra la enfermedad para
- 24 dificultad en el habla o vómitos. Si una persona tiene síntomas, el médico la examinará y buscará masas en la garganta. El médico también puede pedir que se le hagan análisis de sangre y otras **pruebas**

para **determinar** si el paciente tiene cáncer o algún otro tipo de tumor que no sea cáncer (un tumor benigno). La probabilidad de recuperación (pronóstico) dependerá de si el cáncer se enc

25 lasificación por etapas) y el estado de salud general del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la paratiroides Una vez detectado el cáncer de la paratiroides, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se denomina clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en que s

26 aciente, el tipo y tamaño del tumor y la etapa en que se encuentra el cáncer. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer ovárico Una vez detectado el cáncer epitelial ovárico, se harán otras **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). Una operación conocida con el nombre de laparotomía se lleva a cabo en la mayoría de l

27 Las mujeres que ya no tienen el período menstrual (a quienes ya les ha llegado la menopausia) también deberán visitar al médico si tienen hemorragias vaginales. El médico puede emplear varias **pruebas** para **determinar** si existe cáncer, y generalmente empezará por un examen interno (pélvico). Durante este examen, el médico buscará protuberancias o cambios en la forma de los órganos pélvic

28 estado de salud en general del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del tumor de células germinales del ovario Una vez detectado el tumor de células germinales del ovario, se harán más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del ovario a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). A menos que el médico esté seguro de que el cáncer se ha diseminado de los ov

29 e desarrollar un segundo cáncer en la región del cuello o la cabeza. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la orofaringe Una vez que se encuentra el cáncer de la orofaringe, se harán **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la

30 élulas pilosas. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas de la leucemia mielógena crónica Una vez que se ha detectado (diagnosticado) la leucemia mielógena crónica (LMC), se podrían llevar a cabo más **pruebas** para **determinar** si las células leucémicas se han diseminado a otras partes del cuerpo, como por ejemplo el cerebro. Este procedimiento se conoce con el nombre de clasificación por etapas.

31 el microscopio, cómo responde el cáncer al tratamiento y la edad del paciente. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del mesotelioma maligno Una vez detectado el mesotelioma maligno, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la

32 ra el cáncer y de si éste se ha diseminado o no. \*\* EXPLICACION DE LAS ETAPAS \*\* Etapas del melanoma intraocular Una vez que se encuentra (diagnostica) el melanoma intraocular, se hacen más **pruebas** para **determinar** exactamente qué tipo de tumor tiene el paciente y si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se conoce como clasificación

33 del cuerpo también puede diseminarse (por metástasis) a la piel. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del linfoma cutáneo de células T Una vez detectado el linfoma cutáneo de células T, se harán **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa

34 n dosis más bajas que los pacientes que no tienen SIDA. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del linfoma relacionado con el SIDA Una vez detectado el linfoma relacionado con el SIDA, se harán más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado de su lugar de origen a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. La etapa de una enfermedad, la cual p

35 nado a todo el cuerpo), la edad del paciente y su salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del linfoma no Hodgkin en adultos Una vez que se encuentre el linfoma no Hodgkin, se harán **pruebas** adicionales para **determinar** si el cáncer se ha diseminado desde su lugar de origen a otras partes del cuerpo. Este examen se denomina clasificación por etapas. El médico necesita saber l

36 y la leucemia de células pilosas.) EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas de la leucemia linfocítica crónica Una vez detectada (diagnosticada) la leucemia linfocítica crónica, se pueden hacer más **pruebas** para **determinar** si las células leucémicas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la que se

37 cer), y de su estado general de salud. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del labio y la cavidad oral Una vez que se encuentre el cáncer del labio y la cavidad oral, se harán otras **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita conocer la etapa de la enfer

38 ha diseminado a otros tejidos y su estado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas de cáncer del intestino delgado Una vez detectado el cáncer del intestino delgado, se

harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Aunque existe un sistema de clasificación para el cáncer del intestino delgado, para fines de trata  
39 de la edad y del estado de salud del niño en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS  
Etapas de la enfermedad de Hodgkin infantil Una vez detectada la enfermedad de Hodgkin infantil, se  
harán más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado desde el lugar en que se originó a  
otras partes del cuerpo. A esto se le llama clasificación por etapas. Es importante saber la etapa en que  
40 presenta, su edad, sexo y su estado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS  
Etapas de la enfermedad de Hodgkin en adultos Una vez que se encuentre la enfermedad de Hodgkin, se  
harán **pruebas** adicionales para **determinar** si el cáncer se ha diseminado desde el lugar en que se originó  
a otras partes del cuerpo. A este examen se le llama clasificación por etapas. El médico necesi  
41 otros tejidos (etapa) y del estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS  
ETAPAS Etapas del cáncer de la hipofaringe Una vez que se encuentra el cáncer de la hipofaringe, se  
hacen **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del  
cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa  
42 microscopio (histología) y el estado de salud del niño en general. EXPLICACION DE LAS  
ETAPAS Etapas del cáncer hepático infantil Una vez detectado el cáncer hepático infantil, se harán  
más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este  
procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en que se e  
43 , su ubicación dentro del cerebro y la edad y estado de salud del niño en general.  
EXPLICACION DE LAS ETAPAS Una vez detectado el glioma de las vías ópticas centrales infantil, se  
harán más **pruebas** para **determinar** el tipo de tumor. Si se toma una muestra de biopsia, se examinarán  
las células cancerosas cuidadosamente en el microscopio para ver qué tan diferentes son de las células no  
44 en el esófago o si se ha diseminado a otros lugares) y su estado de salud en general.  
EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer esofágico Una vez detectado el cáncer esofágico,  
se harán **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes  
del cuerpo (clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra la  
45 a otras partes del cuerpo) y del estado de salud general del paciente. EXPLICACION DE LAS  
ETAPAS Etapas del cáncer del estómago Una vez que se encuentra cáncer en el estómago, se hace otras  
**pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este  
proceso se denomina clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la que se e  
46 ico una vez al año para hacerse un examen de la pelvis, y reportar cualquier sangrado vaginal  
que no esté relacionado con el período menstrual lo más pronto posible. El médico puede usar varias  
**pruebas** para **determinar** si usted tiene cáncer, empezando generalmente con un examen interno  
(pélvico). Durante el examen, el médico hará un palpamiento para detectar masas o cambios en la forma d  
47 monas femeninas (progesterona) están afectando el crecimiento del cáncer. EXPLICACION DE  
LAS ETAPAS Etapas del cáncer del endometrio Una vez detectado el cáncer del endometrio, se harán  
más **pruebas** para **determinar** si el cáncer se ha diseminado del endometrio a otras partes del cuerpo  
(clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra su enfermedad  
48 rollo. Se ha encontrado genes anormales en pacientes con algunas formas de cáncer rectal y del  
colon. Los genes son marcadores celulares asociados con rasgos hereditarios. Se está desarrollando  
**pruebas** para **determinar** mucho antes de que aparezca el cáncer quiénes son portadores de estos genes  
anormales. Después del tratamiento, también se puede hacer análisis de sangre para medir la ca  
49 eminado a otros lugares) y del estado general de salud del paciente. EXPLICACION DE LAS  
ETAPAS Etapas de cáncer rectal Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer del recto, se hará **pruebas**  
adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo  
(clasificación por etapas). El médico necesita saber la etapa en que se encuentra la enf  
50 el cáncer y su estado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer  
de las células de los islotes Una vez diagnosticado el cáncer de células de los islotes, se harán más  
**pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este  
procedimiento se conoce con el nombre de clasificación por etapas. El sistema de etapas para l  
51 iseminado a otros tejidos (etapa) y su estado general de salud. EXPLICACION DE LAS  
ETAPAS Etapas de cáncer de la laringe Una vez que se encuentra el cáncer de la laringe, se harán más  
**pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este  
proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfer  
52 o a otros lugares) y su estado de salud en general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas  
del cáncer hepático primario en adultos Una vez detectado el cáncer hepático primario en adultos, se  
harán **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del  
cuerpo (clasificación por etapas). Las siguientes etapas se emplean para la clasificación del c

53 inado a otros lugares del cuerpo) y de su estado de salud general. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del ano Una vez que se encuentra (diagnostica) el cáncer del ano, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Esta serie de pruebas se llama clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa en la que se encuentra el ano o colon. Los genes son marcadores celulares asociados con rasgos hereditarios. Se ha encontrado genes anormales en pacientes con algunos tipos de cáncer rectal y colónico. Se está desarrollando **pruebas** para **determinar**, mucho antes de que aparezca el cáncer, quiénes son portadores de estos genes anormales. Debe hacerse regularmente exámenes de detección (como la prueba rectal, proctosco-  
54 angre) y radiografías para determinar si el cáncer ha reaparecido. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer del colon Una vez que se descubre (diagnostica) el cáncer del colon, se hará **pruebas** adicionales para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo (clasificación por etapas). Para clasificar el cáncer del colon en etapas, se necesita l-  
55 gir el mejor tipo de tratamiento. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del carcinoma de tumor primario desconocido Por lo general, una vez el cáncer ha sido diagnosticado, se realizan más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se denomina clasificación por etapas. Sin embargo, cuando se diagnostica CUP, el estado general de salud.  
56 diseminado (etapa) del estado general de salud. ETAPAS (ESTADIOS) DEL CÁNCER DE LARINGE Una vez que se diagnostique un cáncer de laringe, se harán más **pruebas** para **determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas ("estadios"). Es neces

#### examen\* + determinar

N Concordance

1 sin esperar. Para confirmar el diagnóstico se le realizará un examen con ultrasonidos. Un tumor en un testículo es casi siempre maligno (cancerígeno), pero se requiere el **examen** de un médico **para determinar** o asegurar que el tumor es tal. Otros problemas que afectan a los testículos y escroto pueden producir un bulto que parece similar a los tumores  
2 del estado de salud en general. CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS O "ESTADIAJE" Una vez detectado el cáncer de huesos -sea osteosarcoma o sarcoma de Ewing-, se deberán hacer más **exámenes para determinar** si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. En la actualidad, no existe un sistema de clasificación para el cáncer de

#### diagno\* + enfermedad

N Concordance

1 probabilidades hay de padecer cáncer de ovario? Se estima que el 1,5 por ciento de las mujeres son **diagnosticadas** de esta **enfermedad** a lo largo de toda su vida. Aunque el cáncer de ovario se puede presentar en la juventud, la inmen-  
2 sión de la enfermedad? Depende fundamentalmente de la fase en la que se encuentre la enfermedad en el momento del **diagnóstico**. En las fases más iniciales se trata exclusivamente con cirugía, que suele consistir en la extirpación de la mitad afect-  
3 ada. Sin embargo, el tratamiento es capaz de mejorar la calidad de vida de una persona mediante el control de los síntomas y complicaciones de la **enfermedad**. Es difícil encontrar (**diagnosticar**) el cáncer del páncreas ya que el órgano está escondido detrás de otros órganos. Los órganos que se encuentran alrededor del páncreas incluyen el estómago, el intestino delgado, los  
4 riñones y el bazo. ¿Qué es el cáncer del ovario? El cáncer del ovario es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en los ovarios. Aproximadamente 25.000 mujeres en los Estados Unidos son **diagnosticadas** con esta **enfermedad** cada año. El ovario es un órgano pequeño situado en la pelvis, que produce hormonas femeninas y contiene los óvulos que, al ser fecundados, pueden llegar a produ-  
5 cir un embarazo. Desafortunadamente, la vasta mayoría de mujeres con cáncer del ovario ya presentan **enfermedad** avanzada cuando son **diagnosticadas**. A pesar de que algunas veces las mujeres con cáncer incipiente del ovario tienen síntomas, como por ejemplo una molestia gastrointestinal leve, presión en la pelvis y dolor; con-  
6 sultos de sangre, el tipo de síntomas que presente, y su edad y estado de salud en general. Descripción La enfermedad de Hodgkin afecta con más frecuencia a los adultos jóvenes, por lo que es posible **diagnosticar** esta **enfermedad** en mujeres jóvenes cuando están embarazadas. El tratamiento para la enfermedad de Hodgkin durante el embarazo se elige con sumo cuidado con el fin de reducir al mínimo

7 sangre, el tipo de síntomas que presente, y su edad y estado de salud en general. Descripción La enfermedad de Hodgkin afecta con más frecuencia a los adultos jóvenes, por lo que es posible diagnosticar esta enfermedad en mujeres jóvenes cuando están embarazadas. El tratamiento para la enfermedad de Hodgkin durante el embarazo se elige con sumo cuidado con el fin de reducir al mínimo

8 los que respondieron a ciertos tratamientos frente a los que presentaron resistencia. Estas aplicaciones van a producir un cambio importante en el enfoque del **diagnóstico**, clasificación de la **enfermedad**, pronóstico de cada caso y selección de pautas terapéuticas individualizadas. En definitiva, parece que esta metodología impacta

9 metástasis, mayores serán las probabilidades de curarse o al menos de pasar un largo periodo libre de **enfermedad**. El problema del **diagnóstico** precoz es el cómo y cuándo hacerlo. Durante muchas décadas se han venido cantando las excelencias de la autoexploración de mama. Cam

10 tipo de células que aparezcan en la biopsia del nodo linfático y la importancia y extensión de la **enfermedad** al hacer el **diagnóstico**.

11 posibilidades que un no fumador de contraer la **enfermedad**. Evitar contaminantes. **Diagnóstico** y tratamiento Diagnóstico Pruebas sanguíneas y estudio de esputos. Rayos X, scanner, bro

12 que un enfermo está sano), por lo que son mucho más útiles para el seguimiento de la enfermedad que para su diagnóstico inicial. También se estudian otros parámetros en la sangre, más indicativos de desarrollo a

13 pulmones. Pronóstico Hasta el momento, esta **enfermedad** es incurable. Con **diagnóstico** precoz y tratamiento, la tasa de supervivencia de 5 años es del 65%. Continúan las investigaciones científicas que

14 agnóstico. Medicación Generalmente, no se necesita medicación para esta enfermedad, siempre que se diagnostique y trate a tiempo. De necesitarse un tratamiento adicional a la cirugía, su médico puede

15 agnóstico. Medicación Generalmente, no se necesita medicación para esta **enfermedad**, siempre que se **diagnostique** y trate a tiempo. De necesitarse un tratamiento adicional a la cirugía, su médico puede

16 experimenta una diarrea acuosa acompañada de fatiga y pérdida de peso en las últimas semanas, su médico probablemente querrá hacer una extensa analítica y tests radiológicos para **diagnosticar** la **enfermedad**. SIGNOS Y SÍNTOMAS Insulinoma Episodios de cansancio, taquicardia, sudoración y confusión relacionados con el consumo de comida

17 foma. La extensión del sistema linfático por el cuerpo hace que la enfermedad de Hodgkin pueda aparecer en cualquier parte del mismo (hígado, médula ósea, bazo). **DIAGNÓSTICO** La **enfermedad** de Hodgkin suele aparecer en adultos jóvenes ó en personas mayores de 55 años de edad. Si aparece en la niñez el tratamiento es dife

18 al. ¿Cuál es el tratamiento de este tipo de tumores? El tipo de tratamiento dependerá de la extensión de la **enfermedad** al **diagnóstico**; así, los tumores superficiales (estadios 0 y I) se tratarán mediante Resección Transuretral, la cual se puede repetir tantas

19 de máxima incidencia entre los 55 y 65 años. Al diagnóstico sólo el 20% corresponden a una **Enfermedad** Localizada ya que al **diagnóstico** el 25% tienen ganglios infiltrados por tumor y el 55% tiene Metástasis a distancia. Un 25% de los Cánceres de p

20 angrado vaginal. MARCADORES TUMORALES: Son unas sustancias que se pueden detectar en sangre y pueden ayudar al médico en el **diagnóstico** de la **enfermedad** y en el seguimiento en el tiempo de la misma. Desafortunadamente no sirven para señalar en una

21 a través de la vagina puede diagnosticar hasta el 80%. •Técnica Jet-Washout: procedimiento de screening (para **diagnosticar** la **enfermedad** en su inicio) en pacientes de alto riesgo: se inyecta un chorro de agua con sal (suero salino) por dentro del útero

**diagnos\* + prueba\***

N Concordance

1 omas inespecíficos, como debilidad y pérdida de apetito y peso, también pueden estar presentes.

5 ¿Cómo se **diagnostica**? La **prueba** definitiva en un paciente con síntomas es la colonoscopia. Con esta prueba se ve el

2 sometándose a una cirugía para extraer inócuamente la glándula tiroides (tiroidectomía). EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del cáncer de la tiroides Una vez detectado el cáncer de la tiroides (**diagnosticado**), se hacen más **pruebas** para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se llama clasificación por etapas. El médico necesit

3 en del cáncer y así poder elegir el mejor tipo de tratamiento. EXPLICACION DE LAS ETAPAS Etapas del carcinoma de tumor primario desconocido Por lo general, una vez el cáncer ha sido

**diagnosticado**, se realizan más **pruebas** para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se denomina clasificación por etapas. Sin embargo,

4 ne un número elevado de falsos positivos y necesita un régimen especial los días previos a la recogida de la muestra. La colonoscopia es la mejor **prueba para diagnosticar** cáncer de colon pero tiene muchos inconvenientes para llevarla a cabo en todas las personas mayores de 50 años, como recomiendan los expertos. Es cara,

5 16 DE MAYO DE 1996 Los expertos creen que se debería racionalizar el uso de **pruebas** dados sus elevados costes **Diagnosticar** sin despilfarro miryam díaz blanco La clave para disminuir los costes está en hacer una prueba exacta para cada patología y en empez

6 profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes. Ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cervicouterino, suelen ser necesarias una serie de **pruebas para diagnosticarlo** Cítología con tinción de Papanicolaou: Se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar sua

#### **diagnóstico\* + procedimiento\***

N Concordance

1 advirtieron del peligro de elevar la ansiedad de la población femenina y aumentar el número de **diagnósticos** falsos positivos y de **procedimientos** quirúrgicos innecesarios. No obstante, los directivos de la American Canc

2 Afectaciones neurológicas provocadas por las anteriores. **Diagnóstico** y tratamiento El **procedimiento** habitual de diagnóstico procede como si

3 anteriores. Diagnóstico y tratamiento El **procedimiento** habitual **de diagnóstico** procede como sigue: Se realizan tactos rectales de cribaje en la

4 ix (colposcopia) Análisis como citologías y biopsias. **Procedimientos** quirúrgicos **de diagnóstico** y tratamiento, como la conización del cérvix. Tratamiento:

5 ix (colposcopia) Análisis como citologías y biopsias. **Procedimientos** quirúrgicos **de diagnóstico** y tratamiento, como la conización del cérvix. Tratamiento:

#### **diagnóstico + muestras**

N Concordance

1 el punto de obstrucción; por último, permitirá obtener muestras para confirmar el **diagnóstico** mediante la biopsia. Con este sistema se diagnostican más del 95 por c

2 sta en radiación. Antes de que se tomen las decisiones del tratamiento, es posible que se requiera que el paciente se someta a varios **exámenes de diagnóstico**, como muestras de tejidos, rayos x's, imágenes de resonancia magnética, (MRI) y tomografías computarizadas (CT). Existen tratamientos

#### **método\* + diagnóstico\***

N Concordance

1 costillas derechas o picores. 4 ¿Cómo se **diagnostican**? Se detectan por **métodos** de imagen como la ecografía, el escáner (TAC) y la resonancia magnética, q

2 érdida de peso, etc. 4 ¿Cómo se diagnostica? El principal **método de diagnóstico** es la esofagoscopia. Por un lado, esta exploración dará imág

3 zona que esta próxima a la unión entre la vagina y el cérvix uterino) y la vagina. 2. CON QUÉ **MÉTODOS SE PUEDE DIAGNOSTICAR**: •Cítología (Papanicolaou) y biopsias (toma de un trozo de tej



APÉNDICE III:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ALEMÁN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. VARIACIÓN

**otoskop\***

N Concordance

1 Malignes Melanom: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge 1.4.1. Dermatoskopie Das Dermatoskop ist ein handliches, dem **Otoskop** ähnliches Gerät, dessen Aufsatz eine achromatische Linse besitzt. Diese vergrößert oberflächliche Hautstrukturen etwa um das zehnfache und wird mittels einer Halogenlampe unter einem Winke

**\*laryngoskop\***

N Concordance

1 nome kommen in einem fortgeschrittenen Stadium zur Primärdiagnose. Diagnostik Notwendige Untersuchungen Lokaler Untersuchungsstatus Lupen**laryngoskopie** (Stimmlippenbeweglichkeit) Palpation des Halses Sonographie des Halses Spiegeluntersuchung oder Panendoskopie (Ausschluß eines

2 ließlich Plattenepithelkarzinome. Andere Tumoren sind sehr selten. Diagnostik Notwendige Untersuchungen Lokaler Untersuchungsstatus Lupen**laryngoskopie** (Tumorausdehnung, Stimmlippenbeweglichkeit) oder flexible Endoskopie Palpation des Halses (auf präalaryngeale Lymphknoten achten)

3 oder flexible Endoskopie Palpation des Halses (auf präalaryngeale Lymphknoten achten) Sonographie des Halses Röntgen Thorax Mikrol**laryngoskopie** (Tumorausdehnung, Infiltration) Spiegeluntersuchung oder Panendoskopie (Ausschluß eines synchronen Zweitkarzinoms) Biopsie mit

**\*bronchoskop\***

N Concordance

1 fortgeschrittene Tumorstadien vor. Neue diagnostische Methoden wie die automatisierte Sputum-Zytometrie (ASZ) oder die Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** ermöglichen künftig vielleicht eine Früherkennung, so Dr. Felix Herdt von der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach.

2 künftig vielleicht eine Früherkennung, so Dr. Felix Herdt von der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach. Bei der Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** wird zusätzlich zum Weißlicht monochrom blaues Laserlicht durch das Endoskop geschickt. Gesunde Schleimhaut erscheint auf

3 Plattenepithelkarzinom / Mit Autofluoreszenz-Messung lassen sich bis zu dreimal mehr Präkanzerosen aufspüren als mit konventioneller **Bronchoskopie** Neue Bronchoskopie-Technik zur Früherkennung von Lungenkrebs Hamburg (nke). Mit einem neuen Verfahren für die

4 Autofluoreszenz-Messung lassen sich bis zu dreimal mehr Präkanzerosen aufspüren als mit konventioneller Bronchoskopie Neue **Bronchoskopie**-Technik zur Früherkennung von Lungenkrebs Hamburg (nke). Mit einem neuen Verfahren für die Diagnostik von

5 Lungenkrebs Hamburg (nke). Mit einem neuen Verfahren für die Diagnostik von Bronchialkarzinomen, der Autofluoreszenz-**Bronchoskopie**, können Veränderungen in den Atemwegen schon in einem sehr frühen Stadium entdeckt werden. Nach bisherigen Erfahrungen lassen sich

6 hrungen lassen sich hiermit bis zu dreimal mehr Präneoplasien und Carcinoma in situ aufspüren als mit der konventionellen **Bronchoskopie**. Das Autofluoreszenz-Bronchoskop oder Light Induced Fluorescent Endoscope (LIFE) ist von dem kanadischen Unt

7 dreimal mehr Präneoplasien und Carcinoma in situ aufspüren als mit der konventionellen Bronchoskopie. Das Autofluoreszenz-**Bronchoskop** oder Light Induced Fluorescent Endoscope (LIFE) ist von dem kanadischen Unternehmen Xillix in Kooperation mit Olympus Optical

8 würden jedoch durch das Fluoreszenzverfahren nicht im Frühstadium erfaßt. Es bedürfe jedoch einiger Endoskopie- und **Bronchoskopie**-Erfahrung, um krankhafte Befunde von schattengebenden oder durch Husten verursachten Artefakten zu unterscheiden, betonte Nakhosteen.

9 Artefakten zu unterscheiden, betonte Nakhosteen. Er hat das erste in Deutschland verfügbare Gerät an knapp 200 Personen getestet. Mit Weißlicht-**Bronchoskopie** allein wurden neun von 35 Dysplasien und Carcinoma in situ (CIS) entdeckt. Bei Hinzunahme des Autofluoreszen

- 10 Weißlicht-Bronchoskopie allein wurden neun von 35 Dysplasien und Carcinoma in situ (CIS) entdeckt. Bei Hinzunahme des Autofluoreszenz-**Bronchoskops** wurden 29 Präkanzerosen aufgespürt. Nach bisherigen Ergebnissen einer großen Multicenter-Studie in Nordamerika hat das LIFE-System
- 11 ticenter-Studie in Nordamerika hat das LIFE-System bei der CIS-Diagnostik eine Sensitivität von 91 Prozent im Vergleich zu 41 Prozent bei Weißlicht-**Bronchoskopie**. Die Autofluoreszenz-Bronchoskopie eigne sich jedoch nicht für ein Massenscreening, sagte Nakhosteen. Es sol
- 12 bei der CIS-Diagnostik eine Sensitivität von 91 Prozent im Vergleich zu 41 Prozent bei Weißlicht-Bronchoskopie. Die Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** eigne sich jedoch nicht für ein Massenscreening, sagte Nakhosteen. Es sollten für die Untersuchung aus Risikogruppen wie
- 13 Frühdiagnostik von Bronchialkarzinomen / Gute Erfahrung mit der Kombination von Automatisierter Sputum Cytometrie und Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** Laserlicht deckt auf, wo es in den Bronchien Krebsgewebe gibt
- 14 Cancer)-Forschungsinstitut in der Bochumer Augusta-Krankenanstalt mit der Automatisierten Sputum Cytometrie (ASC) und der Autofluoreszenz-**Bronchoskopie**. Bei der Automatisierten Sputum Cytometrie wird der DNA-Gehalt vom Zellkern und zusätzlich die Struktur der
- 15 Bei pathologischen Befunden bietet sich für Khanavkar dann zur weiteren Diagnostik und zur Lokalisation der malignen Läsion die Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** an, zum Beispiel mit dem LIFE-System. LIFE steht dabei für Laser Induced Fluorescence Endoscope. Diese utze, daß
- 16 dysplastische oder karzinomatös veränderte jedoch bräunlich-rot, hat Khanavkar in Neuss erläutert. Die Laserlichtquelle kann bei einer **Bronchoskopie** mit Weißlicht zugeschaltet werden, ohne daß der Patient wesentlich mehr belastet wird. Zusätzliche Laser-Dia
- 17 wesentlich mehr belastet wird. Zusätzliche Laser-Diagnostik belastet den Patienten kaum Die Gesamtuntersuchungszeit bei der **Bronchoskopie** wird durch die zusätzliche LIFE-Bronchoskopie nur um zehn bis 15 Minuten verlängert. Hat die Untersuchung mit
- 18 Zusätzliche Laser-Diagnostik belastet den Patienten kaum Die Gesamtuntersuchungszeit bei der Bronchoskopie wird durch die zusätzliche LIFE-**Bronchoskopie** nur um zehn bis 15 Minuten verlängert. Hat die Untersuchung mit Weißlicht für frühe Bronchialkarzinome eine Sensitivität
- 19 Weißlicht für frühe Bronchialkarzinome eine Sensitivität von 30 Prozent, beträgt die der Kombination mit Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** 78 Prozent und damit das 2,5fache derjenigen der alleinigen Weißlicht-Bronchoskopie, hat Khanavkar aus den Daten
- 20 der Kombination mit Autofluoreszenz-Bronchoskopie 78 Prozent und damit das 2,5fache derjenigen der alleinigen Weißlicht-**Bronchoskopie**, hat Khanavkar aus den Daten eigener Patienten berechnet. Der mögliche Nutzen solcher neuen Methoden der Frü
- 21 Lungenkrebs-Diagnostik / Vielversprechende Methoden - Automatisierte Sputum-Zytometrie, Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** und endobronchialer Ultraschall Verfahren zur Bronchial-Ca-Früherkennung werden nun geprüft
- 22 eine Früherkennung von Bronchialkrebs bald möglich? Mit der automatisierten Sputum-Zytometrie (ASZ) und Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** sowie dem endobronchialen Ultraschall (EBUS) stehen vielversprechende Verfahren zur Verfügung, deren Wertigkeit als Screening-Methoden
- 23 bei einer aus anderer Ursache indizierten Röntgenaufnahme der Lunge ein kleiner Herd zufällig entdeckt. Der Patient wird **bronchoskopiert**. Zusätzlich zum herkömmlichen Weißlicht wird ein Laserlicht durch das Endoskop geschickt. Dieses monochrom blaue Licht mit einer Wel
- 24 ein verdächtiger Herd lokalisiert ist, wird die Autofluoreszenz ausgelöscht: Es erscheint ein dunkler Fleck. Mit der Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** wurde belegt, daß mit dem Laserlicht 60 Prozent frühe Veränderungen entdeckt werden konnten im Vergleich zu
- 25 ienten kann Herdt bestätigen: "Das DLight-System kann das gleiche." In einer prospektiven Studie wird mit Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** als Früherkennungsmethode im Vergleich zur Weißlichtuntersuchung geprüft, ob sich das auf die Überlebensrate auswirkt. 2000
- 26 Tumor bereits in das Gewebe eingedrungen ist. Auch die klinische Unterscheidung zwischen malignen und benignen Herden, die mit der Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** nicht sicher ist, scheint so möglich. Für ein Massen-screeing eignet sich ASZ. Dabei wird der DNA-Gehalt der
- 27 faßt werden. Geprüft werden soll, ob die Sputum-Untersuchung und bei pathologischem Befund angeschlossene Autofluoreszenz-**Bronchoskopie** im Hinblick auf das Überleben der Patienten Sinn macht. Herdt ist optimistisch, daß die Kassen diese Untersuchung
- 28 erte Patienten erhöhte sich bei Anwendung von Strahlendosen über 60 Gy die 2-Jahres-Überlebensrate auf 47%. Anhand eigener Analysen bei 335 Patienten mit 835 **Bronchoskopien** kamen Schwegler et al. (Aarau) zur Schlussfolgerung, dass der Einsatz von Endoskopie und Biopsie vor und während der Bestrahlung eine adäquatere und der indi

29 onographie (wenn Unterscheidung zwischen T1, 2 und T3, 4 unklar) HNO-ärztliche Untersuchung bei zervikalem Tumor und Verdacht auf Recurrensparese **Bronchoskopie** (bei suprabifurkalem Tumor) Laparoskopie (bei infrabifurkalem Adenokarzinom) Sonographie/ Computertomographie des Halses (bei suprabifurkalem Tumor

30 ading) 4. Stadiengruppierung III Diagnostik 1. Anamnese 2. Klinische Untersuchung 3. Tumornachweis 3.1 Radiologische Diagnostik 3.2 Nuklearmedizinische Diagnostik 3.3 **Bronchoskopie** 3.4 Perkutane Nadelaspiration und Nadelbiopsie 4. Staging-Diagnostik 4.1 Ergänzende Staging-Diagnostik 4.2 (Video-) Thorakoskopie 4.3 Erweiterte Diagnostik beim kle

31 Untersuchung besteht: bei Patienten mit peripherem Rundherd und erhöhtem Operationsrisiko bei Verdacht auf Lokalrezidiv als nicht-invasives Verfahren des Lymphknotenstagings. 3.3 **Bronchoskopie** Bei jedem Verdacht auf ein Bronchialkarzinom, d.h. auch bei jeder Form einer Hämoptyse ist die Bronchoskopie obligatorisch. Methode der Wahl ist die fiberbronchoskopische Untersuch

32 auf Lokalrezidiv als nicht-invasives Verfahren des Lymphknotenstagings. 3.3 Bronchoskopie Bei jedem Verdacht auf ein Bronchialkarzinom, d.h. auch bei jeder Form einer Hämoptyse ist die **Bronchoskopie** obligatorisch. Methode der Wahl ist die fiberbronchoskopische Untersuchung in Oberflächenanästhesie von Rachenraum und Trachea-bronchialsystem. Hierbei lassen sich Verlagerungen, Kom

33 des Lymphknotenstagings. 3.3 Bronchoskopie Bei jedem Verdacht auf ein Bronchialkarzinom, d.h. auch bei jeder Form einer Hämoptyse ist die Bronchoskopie obligatorisch. Methode der Wahl ist die **fiberbronchoskopische** Untersuchung in Oberflächenanästhesie von Rachenraum und Trachea-bronchialsystem. Hierbei lassen sich Verlagerungen, Kompressionen und endobronchiales Tumorgewebe diagnostizieren.

34 spezifische Veränderungen sind die Lymphangiosis carcinomatosa der Schleimhaut und die Wandstarre der Pars membranacea durch Fixation auf retrotracheale Lymphknotentumoren. Im weiteren werden **bronchoskopisch** Aussagen möglich zu eventuellen anatomischen Varianten, Schleimhautatrophie, chronischer Bronchitis, Sekretretention oder Blutspuren. Bei Untersuchungsbeginn wird die Stimmbandfunk

35 enden Karzinoidtumoren geboten. Unter Berücksichtigung der durch Röntgenaufnahmen oder CT, am besten aber durch Durchleuchtung vermittelten Röntgentopographie eines peripheren Befundes kann auf **fiberbronchoskopischem** Weg durch blindes Vorschieben der Biopsiezange eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in Narkose, u.U. in Kombination mit der zusätzliche

36 ittelten Röntgentopographie eines peripheren Befundes kann auf fiberbronchoskopischem Weg durch blindes Vorschieben der Biopsiezange eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre **Bronchoskopie** in Narkose, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die Narkoseuntersuchung sollte auch

37 hem Weg durch blindes Vorschieben der Biopsiezange eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in Narkose, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen **Bronchoskopie** gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des

38 oder durchleuchtungsgesteuert), gezielte Aspiration und gezielte Bronchuslavage. Die gewonnenen Abstriche bzw. Flüssigkeiten werden zytologisch untersucht. Zusätzlich ist die thoraxchirurgische **Bronchoskopie** vor geplanter Thorakotomie zur Vermeidung von Behandlungsfehlern obligatorisch. 3.4 Perkutane Nadelaspiration und Nadelbiopsie Bei Vorliegen eines Pleuraergusses muß in jedem Fall

#### \*mediastinoskop\*

N Concordance

1 rapie eingeleitet. Immer folgt eine konsolidierende Radiotherapie. Im Rahmen prospektiver Studien kann nach kompletter Remission der Lymphknotenmetastasen (RE-**Mediastinoskopie**) auch die Resektion des Residualtumors in Frage kommen. Stand der letzten Aktualisierung: November 1999 © für Printversion: Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

2 et die Durchführung von Routineuntersuchungen trotz fehlender Symptome und schließt ein: Oberbauchsonographie Skelettszintigraphie Schädel-MRT (Schädel-CT) Positronen-Emissions-Tomogramm **Mediastinoskopie** zur Diagnostik radiologisch vergrößert dargestellter mediastinaler

Lymphknoten. Der radiologische Nachweis der Vergrößerung allein genügt nicht für die Annahme einer Metastasierung

3 ne exakten statistischen Angaben über die Inzidenz von Trokar-Implantationsmetastasen vorliegen. Weitere Indikationen sind: Abklärung der technischen Operabilität bei invasiven Tumoren, Biopsie **mediastinoskopisch** nicht erreichbarer Lymphknoten, Verdacht auf Lungenmetastasen. 4.3 Erweiterte Diagnostik beim kleinzelligen Karzinom Wegen der bekannten frühen Metastasierung dieses Karzinomtypus

4 d gegenüber den nicht-kleinzelligen Karzinomen zusätzliche Untersuchungen auch bei fehlenden Symptomen obligatorisch: Schädel-MRT (Schädel-CT) Knochenmarkszintigraphie\* Knochenmarkbiopsie **Mediastinoskopie** (\*Ganzkörper- u. Zielaufnahmen der Markräume 3-5h nach Injektion von <sup>99m</sup>Tc-markierten monoklonalen Antigranulozytenantikörpern) Die Knochenmarkszintigraphie ist eine Ganzkörperuntersuchung

**\*thorakoskop\***

N Concordance

1 (Lymphknoten, Granulome etc.) dargestellt werden. Thorax-Röntgen ist dafür ungeeignet. Als minimalinvasives Verfahren für Diagnose und Therapie hat sich die **Videothorakoskopie** bewährt. Für Lungenmetastasen ist eine multimodale Therapie notwendig: entweder chirurgische Resektion, gefolgt von Chemotherapie (Melanom,

2 stik 3.2 Nuklearmedizinische Diagnostik 3.3 Bronchoskopie 3.4 Perkutane Nadelaspiration und Nadelbiopsie 4. Staging-Diagnostik 4.1 Ergänzende Staging-Diagnostik 4.2 (Video-) **Thorakoskopie** 4.3 Erweiterte Diagnostik beim kleinzelligen Karzinom 5. Funktionsdiagnostik IV Therapie 1. Nichtkleinzellige Bronchialkarzinome 1.1 Operative Behandlung 1.2

3 (\* konventionelle Ganzkörper-Scanning 2,5-4 Stunden nach Injektion von <sup>99m</sup>Tc-DPD) (\*\* bei großen Tumoren speziell bei den Histologien Adenokarzinom und großzelliges Karzinom) 4.2 (Video-) **Thorakoskopie** Die thorakoskopische Operationstechnik wird bei Pleuraerguß zum Ausschluß einer Pleurakarzinose eingesetzt, dessen Dignität durch die einfache Punktion nicht zu klären ist. Weiterh

4 Ganzkörper-Scanning 2,5-4 Stunden nach Injektion von <sup>99m</sup>Tc-DPD) (\*\* bei großen Tumoren speziell bei den Histologien Adenokarzinom und großzelliges Karzinom) 4.2 (Video-) Thorakoskopie Die **thorakoskopische** Operationstechnik wird bei Pleuraerguß zum Ausschluß einer Pleurakarzinose eingesetzt, dessen Dignität durch die einfache Punktion nicht zu klären ist. Weiterhin stellt sie eine w

**\*oesophago\***

N Concordance

1 Anamnese und klinische Untersuchung Oesophagus- und Magen-Darm-Passage (bei zervikalem Karzinom mit wasserlöslichem Kontrastmittel) Röntgen-Thorax in zwei Ebenen **Oesophago-Gastro**oskopie mit Biopsie des Tumors Spiral-Computertomographie Thorax Spiral-Computertomographie Abdomen Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

2 perative Diagnostik und Tumorstaging (1) Notwendige Untersuchungen Klinische Untersuchung (supraklavikuläre Lymphknotenvergrößerung, Aszites, intraabdomineller Tumor) **Oesophago-Gastro-Duodenoskopie** mit multiplen (5 bis 10) Biopsien Sonographie des Abdomens und kleinen Beckens Rö.-Thoraxaufnahme in 2 Ebenen Tumormarker (CA 72-4, Ca 19-9, C

**\*gastroskop\***

N Concordance

1 Statt Popcorn und Cola gab es Sekt und Schnittchen, statt Kampfszenen aus dem "Gladiator" wurden Livebilder einer **Videogastroskopie** auf die riesige Leinwand des Hamburger Cinemaxx projiziert. 250 Gastroenterologen verfolgten die Präsentation eines

2 Regeneratknoten im zirrhotischen Lebergewebe CT-Thorax bei unklarem Röntgenbefund. (Nach Meinung der DGVS ist die CT-Untersuchung des Thorax obligat.) **Gastroskopie** / Koloskopie bei unklarer Abgrenzung gegenüber sekundären Lebertumoren. Laparoskopie bei fraglicher Operationsindikation Weitere diagnostische Sch

3 tersuchung Oesophagus- und Magen-Darm-Passage (bei zervikalem Karzinom mit wasserlöslichem Kontrastmittel) Röntgen-Thorax in zwei Ebenen **Oesophago-Gastro**oskopie mit Biopsie des Tumors Spiral-Computertomographie Thorax Spiral-Computertomographie Abdomen Im Einzelfall nützliche Untersuchungen Endoson

4 Endoskopie: Zystoskopie bzw. Rektoskopie sollen Auskunft über eine Blasen- bzw. Rektumbeteiligung geben. Anstelle von Kolonkontrasteinlauf und Magen-Darm-Passage können ebenso Koloskopie und **Gastroskopie** zum Einsatz kommen. Vor allem kann die Vorbereitung auf die Koloskopie im Sinne einer Darmlavage, die vor dem chirurgischen Eingriff obligat ist, bereits für die Laparotomie genutzt

**\*duodenosk\***

N Concordance

1 rmarker (CA 19-9, CEA) Kernspintomographie mit ultraschnellen Sequenzen (falls verfügbar kann dieses Verfahren die anderen bildgebenden Verfahren ersetzen) MDP/**Gastroduodenoskopie** bei Verdacht auf Infiltration des Magens oder Zwölffingerdarms ERCP bei unklarer Diagnose und zur passageren Stenteinlage Endosonographie zu

2 ik und Tumorstaging (1) Notwendige Untersuchungen Klinische Untersuchung (supraklavikuläre Lymphknotenvergrößerung, Aszites, intraabdomineller Tumor) **Oesophago-Gastro-Duodenoskopie** mit multiplen (5 bis 10) Biopsien Sonographie des Abdomens und kleinen Beckens Röntgen-Thoraxaufnahme in 2 Ebenen Tumormarker (CA 72-4, Ca 19-9, CEA, Bestimmung mit

3 besitzen keine diagnostische Bedeutung. 2. Prätherapeutische mikroskopische Diagnostik Bei ulcerierten Ampullenkarzinomen ist die histologische Diagnose an Zungenbiopsien bei **Gastroduodenoskopie** in der Regel problemlos möglich. Bei polypösen Tumoren ergeben Zungenbiopsien bisweilen nur den Befund von Adenomanteilen bzw. einer niedrig- oder hochgradigen

**\*proktoskop\***

N Concordance

1 Anamnese und klinische Untersuchung (insbesondere Leistenlymphknoten) Untersuchung des Analkanals mit analem Spreizspekulum Digital-rektale Untersuchung **Proktoskopie**, Rektoskopie Bei Tumorverdacht biopsische Sicherung (ggf. in Narkose): Kleine Läsionen (< = 1 cm und isolierter Schleimhautbefall): Totalbiopsie (Tumorexzision)

**\*rektoskop\***

N Concordance

1 Ein positiver Stuhlblut-Test ist eine Indikation für eine Koloskopie oder alternativ für ein Kolon-Röntgen plus **Rektoskopie**. Ergibt eine Koloskopie keinen pathologischen Befund, auch keine Polypen, hält Gnauck Screening-Tests, auch Stuhlblut-Tests, in den folg

2 nerlässlich. Die Colonoskopie kann bedingt durch den stenosierenden Tumor nicht vollständig bis ins Coekum durchgeführt werden. Die digitale rektale Untersuchung sowie die **Rektoskopie** beim Rektumkarzinom sind unerlässlich. Ein wesentlicher Aspekt kommt dem präoperativen Staging zu. Dabei sind die Fragen bezüglich Tumorausbreitung

3 die Computertomographie oder Kernspintomographie des Abdomens, die Sonographie der Nieren und der Leber, die Zystoskopie und **Rektoskopie**, die Röntgen-Aufnahme des Thorax (in 2 Ebenen bei erhöhtem OP- und Narkoserisiko), i.v.-Pyelogramm bei klinischem Verdacht

4 stik stellen dar: Sonographie und intravenöse Pyelographie zum Ausschluss einer Ureterstenose bzw. Ureterinfiltration Zystoskopie und **Rektoskopie** zum Ausschluss eines Tumoreinbruchs in Harnblase oder Rektum Röntgen-Thorax in zwei Ebenen bei endozervikalem Prozess eine

5 zusätzliche Untersuchungsverfahren: Sonographie: Bei ausgedehnten Karzinomen ohne Befall der Rektumschleimhaut kann die Zystoskopie bzw. **Rektoskopie** durch die transrektale Sonographie ergänzt werden. Bei ausgedehnten Karzinomen erlaubt die Sonographie der Skalenusregion

6 gynäkologische Untersuchung, Vaginalsonographie, MRT des Beckens (Beurteilung der Beziehung des Tumors zu anderen Organen), Zysto- und **Rektoskopie** Ausschluss von Fernmetastasen: Lunge, Leber, Computertomogramm der iliakalen und paraaortalen Lymphknoten. Ausschluss supr

7 Stadium II: Notwendig: Thoraxröntgen Lebersonographie Zystoskopie **Rektoskopie** Im Einzelfall nützlich: Vaginalsonographie rektale Sonographie weitere bildgebende oder endoskopische Verfahren

8 Lymphangiosis carcinomatosa). (Tab.3) Nach lokaler Tumorexzision oder nach endoskopischer Polypektomie eines frühen Karzinoms sollten wegen des nicht auszuschließenden höheren Rezidivrisikos **rektoskopische** Untersuchungen kombiniert mit Endosonographie in sechsmonatigen Abständen erfolgen. Regelmäßige Nachuntersuchungen beim Rektumkarzinom sind zu empfehlen bei Patienten nach R0- Rese

- 9 3 Jahre Koloskopie u CT-Abdomen: symptomorientiert (CEA -Anstieg etc.) u HNPCC: ohne subtotale Kolektomie: alle 2 Jahre Koloskopie, wenn kein Adenomnachweis in der Voruntersuchung; u **Rektoskopie**: nach subtotaler Kolektomie alle 2 Jahre u Spiral-CT Abdomen: befundorientiert (z.B. unklarer Sonographiebefund, CEA -Anstieg) Tab. 3: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Rek
- 10 2-3 Jahre Koloskopie Tab. 4: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Rektumkarzinom nach lokaler Exzision Untersuchung Monate Anamnese, körperliche Untersuchung+++++++ **Rektoskopie** oder Sigmoidoskopie+++ Endosonographie Koloskopie\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht
- 11 Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA+++++++ Abdomen-Sonographie+++++++ Röntgen Thorax + ++ + Koloskopie\* + + **Rektoskopie** oder Sigmoidoskopie+++ +\*\*+\*\* Endosonographie Spiral-CT Becken\*\*\* \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesa
- 12 Zur Ausbreitungsdiagnostik ist eine komplette Inspektion des Patienten (inklusive der Schleimhäute), eine sonographische Erhebung des Lymphknotenstatus, eine Gastroduodeno- und **Rektoskopie**, sowie eine Röntgen-Thorax-Untersuchung und eine abdominelle Sonographie erforderlich. Fallweise nützlich sind eine CT-Thorax- und CT-Abdomen-Untersuchung.
- 13 echselkrankheiten Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2000, B6, Seite 139 ff Rektumkarzinom Als Rektumkarzinome gelten Tumoren, deren aboraler Rand bei der Messung mit dem starren **Rektoskop** 16 cm oder weniger von der Anokutanlinie entfernt ist (Internationales Dokumentationssystem für das kolorektale Karzinom 1991 [5]. Die Therapie des Rektumkarzinoms sollte grundsä
- 14 1. Prätherapeutische Diagnostik Notwendige Untersuchungen Anamnese und klinische Untersuchung (einschließlich digital - rektaler Untersuchung) **Rektoskopie** mit Biopsie Koloskopie des gesamten Kolons oder Doppelkontrasteinlauf. Bei hochgradig stenosierte Rektumkarzinom empfiehlt es sich, den restlichen
- 15 fwechselkrankheiten AWMF-Leitlinien-Register Nr. 032/011 Entwicklungsstufe: 2 + IDA Kolonkarzinom Als Kolonkarzinom gelten Tumoren, deren aboraler Rand bei der Messung mit dem starren **Rektoskop** mehr als 16 cm von der Anocutanlinie entfernt ist [5] 1. Prätherapeutische Diagnostik Notwendige Untersuchungen Anamnese und klinische Untersuchung (einschließlich
- 16 2) und sind durch molekulargenetische Untersuchungen (Mikrosatelliteninstabilität [MSI]) zu bestätigen. Koloskopie mit Biopsie oder Doppelkontrasteinlauf mit **Rektoskopie** und Biopsie bei auffälligem Befund. Bei eindeutigem Befund des Kontrasteinlaufs kann auf die Koloskopie verzichtet werden. Bei stenosierendem, nich
- 17 Nach dem 5. Jahr alle 3 Koloskopie. HNPCC: ohne subtotale Kolektomie: 2 jährlich Koloskopie, wenn kein Adenom-Nachweis in der Voruntersuchung; nach subtotaler Kolektomie: alle 2 Jahre **Rektoskopie**
- 18 he Untersuchung (insbesondere Leistenlymphknoten) Untersuchung des Analkanals mit analem Spreizspekulum Digital-rektale Untersuchung Proktoskopie, **Rektoskopie** Bei Tumorverdacht bioptische Sicherung (ggf. in Narkose): Kleine Läsionen (< = 1 cm und isolierter Schleimhautbefall): Totalbiopsie
- 19 im Rahmen der allgemeinen Routineuntersuchungen erfolgen. Bei besonderen Fragestellungen können auch Computertomographie bzw. Kernspintomographie zum Einsatz kommen. Endoskopie: Zystoskopie bzw. **Rektoskopie** sollen Auskunft über eine Blasen- bzw. Rektumbeteiligung geben. Anstelle von Kolonkontrasteinlauf und Magen-Darm-Passage können ebenso Koloskopie und Gastroskopie zum Einsatz kommen.
- 20 ich der venösen Abströme zu fordern. KOLON/REKTUM KOLON-TUMORREKTUM-TUMOR Endoskopie und Biopsie Digitale Untersuchung **Rektoskopie** und Biopsie/Endosonographie/Koloskopie perkutane Sonographie perkutane Sonographie Kolon-Kontrast-Untersuchung
- 21 aphie spielt derzeit keine Rolle. Beim Rektumkarzinom muß neben der obligaten digitalen Untersuchung durch den Operateur der Abstand des aboralen Tumorrandes von der Linea dentata starr mit dem **Rektoskop** gemessen und festgelegt werden. Darüberhinaus ist eine Beurteilung der Lage des Tumors an der Hinterwand, Vorderwand oder lateral wichtig. Prinzipiell muß eine Koloskopie sowie zumindest

**sigmoidoskop\***

N Concordance

1 er aus München die Koloskopie für weit effektiver als die Kombination von jährlichen Tests auf okkultes Blut im Stuhl mit **Sigmoidoskopien** alle fünf Jahre. Nach den Ergebnissen einer Vergleichsstudie aus den USA könnten schon mit einer nur einmaligen gründlichen

2 en oder Frühkarzinomen erkannt und rechtzeitig behandelt werden als durch konsequente regelmäßige Stuhluntersuchungen und **Sigmoidoskopien** ab dem 50. Lebensjahr. Frimberger hat beim 38. Bayerischen Internisten-Kongreß in München an die Empfehlungen zur Früherkennung

3 bluteten. Kühl empfahl zusätzlich, Patienten ohne erhöhtes Risiko ab 45 Jahren alle fünf Jahre eine flexible **Sigmoidoskopie** und alle fünf bis zehn Jahre eine Koloskopie oder einen Kolon-Kontrastmitteleinlauf als Vorsorgemaßnahme anzubieten. Patienten mit fa

4 40. Lebensjahr jährlich ein Standardscreening erhalten. Bei Prädisposition für eine adenomatöse Polyposis sei zudem eine jährliche **Sigmoidoskopie**, bei Veranlagung für ein hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom eine Koloskopie bereits ab der Pubertät sinnvoll.

5 orderlich. Das Risiko, an Darmkrebs zu sterben, kann durch Kombination des jährlichen Stuhlblut-Tests mit einer flexiblen **Sigmoidoskopie** alle fünf Jahre noch weiter gesenkt werden. Dieses Schema wird ja auch von der WHO sowie etwa der US-amerikanischen Krebsgesellschaft

6 die Kolonkarzinom-Sterblichkeit um 40 Prozent reduziert, so Professor Wolff Schmiegel aus Bochum. Zusätzlich sollte alle fünf Jahre eine **Sigmoidoskopie** erfolgen. Personen mit erhöhtem Darmkrebsrisiko müssen früher und intensiver überwacht werden, sagte Schmiegel

7 Der positive Hämokult-Test oder auch der klinische Tumorverdacht sollte eine Koloskopie nach sich ziehen. Beim Nachweis von Adenomen in der **Sigmoidoskopie** sei die komplette Koloskopie indiziert, wie Schmiegel bei dem von dem Unternehmen Merckle unterstützten Symposium

8 ührt werden und zusätzlich im Abstand von drei Jahren eine Kolonoskopie, so die modifizierte WHO-Empfehlung des Experten. "Die Kolonoskopie ist der von der WHO empfohlenen **Sigmoidoskopie** vorzuziehen", betonte Krejs. Hochrisikopatienten sind selbstverständlich engmaschig zu überwachen. Ziel der Screening-Methoden ist es, das Kolo

9 er dramatischen Reduktion an Todesfällen mit dieser Erkrankung führen. Von einer Reihe amerikanischer Institutionen wurde die jährliche Stuhluntersuchung auf Blut und eine **Sigmoidoskopie** für alle Personen ab dem 50. Lebensjahr empfohlen, die ein durchschnittliches Risiko für ein kolorektales Karzinom aufweisen. Demgegenüber stan

10 Demgegenüber standen die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Chirurgische Onkologie und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie, die statt der **Sigmoidoskopie** eine Coloskopie empfahlen, obwohl klinische Daten für diese unterschiedliche Empfehlung im Rahmen großangelegter Studien bisher fehlten. Sigmoid

11 tt der Sigmoidoskopie eine Coloskopie empfahlen, obwohl klinische Daten für diese unterschiedliche Empfehlung im Rahmen großangelegter Studien bisher fehlten. **Sigmoidoskopie** und Restcoloskopie Zwei kürzlich im New England Journal of Medicine erschienene Studien von Imperiale et al. und Lieberman et al. haben untersucht, wie

12 Restcoloskopie Zwei kürzlich im New England Journal of Medicine erschienene Studien von Imperiale et al. und Lieberman et al. haben untersucht, wie treffsicher eine **Sigmoidoskopie** alleine ist und welche Zusatzinformation eine Restcoloskopie liefert. In jede Studie wurde eine große Anzahl von asymptomatischen Patienten eingebracht, bei

13 amtkomplikationsrate bei 0,3 Prozent. In beiden Untersuchungen konnte klar gezeigt werden, dass ohne pathologischen Befund bei einer bedeutenden Anzahl von Patienten durch **Sigmoidoskopie** sowohl Polypen als auch Karzinome des Colon transversums und des Colon ascendens gefunden werden konnten. In der von Lieberman vorgelegten Stud

14 ntweder keine Distalläsion oder einen hyperplaseogenen Polypen. 50 Probanden von 2000 hatten ein fortgeschrittenes proximales Karzinom, das bei der flexiblen **Sigmoidoskopie** nicht entdeckt werden konnte. Bei beiden Untersuchungen wurde keine Stuhltest auf Blut vorgenommen. Coloskopie häufiger einsetzen In der Zusammen

**rektosigmoidoskop\***

N Concordance

1 digitale rektale Untersuchung ein. Ferner ist ein Test auf okkultes Blut im Stuhl notwendig. Bei bestehender Symptomatik oder entsprechendem Untersuchungsbefund folgt die apparative Diagnostik. Sie beginnt mit der **Rektosigmoidoskopie** bzw. Koloskopie mit mehrfachen Biopsien. Die

Gewebsentnahmen erfolgen aus dem zentralen Tumoranteil und aus seinen Randbereichen. Die Biopsie muss die Submucosa mit erfassen.

### **koloskop\***

N Concordance

1 bewiesen, daß auch in der westlichen Welt solche Befunde vorkommen, und zwar im gleichen Umfang wie bei Japanern. Bei der **koloskopischen** Untersuchung, gerade mit Glasfaser-Endoskopen, sind De-novo-Karzinome und flache Adenome für das ungeübte Auge schwer zu erkennen, sa

2 Indigokarmin gefärbt werden. Damit würden Konturen besser hervorgehoben, hat Mayer in Wiesbaden berichtet. Zu achten sei bei der **koloskopischen** Untersuchung der Patienten etwa auf die Kolorierung der Darmschleimhaut, auf Grübchen und Falten, oder auf die Verformbarkeit

3 Koloskopie ist bei Darm-Ca effektiver als der Stuhltest München (wst). Zur Früherkennung kolorektaler Karzinome hält Privatdozent Dr. Eckart Frimber

4 Stuhltest München (wst). Zur Früherkennung kolorektaler Karzinome hält Privatdozent Dr. Eckart Frimberger aus München die **Koloskopie** für weit effektiver als die Kombination von jährlichen Tests auf okkultes Blut im Stuhl mit Sigmoidoskopien alle fünf Jahre.

5 Jahre. Nach den Ergebnissen einer Vergleichsstudie aus den USA könnten schon mit einer nur einmaligen gründlichen Routine-**Koloskopie** zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr mehr Menschen mit kolorektalen Adenomen oder Frühkarzinomen erkannt und rechtzeitig behandelt werden

6 linksseitiger Kolitis 15 Jahre nach Manifestation der chronisch entzündlichen Darmerkrankung begonnen werden, alle ein bis zwei Jahre **koloskopisch** nach Entartungszeichen zu suchen. Bei Mitgliedern von Familien, in denen Personen mit familiärer

7 nicht-polypösem Kolonkarzinom. Sie sollten nach Angaben von Frimberger ab dem 20. bis 25. Lebensjahr alle zwei Jahre mit **Koloskopie** untersucht werden.

8 en - gerade für Risiko-Personen. In US-Arbeiten werden oft hohe Kosten und hohe Komplikationsraten als Argument gegen die **Koloskopie** angeführt. Dies trifft für Deutschland weniger zu, da, bedingt durch die niedrigen Punktwerte für Fachärzte, die Kosten gering und die

9 Gastroenterologen im internationalen Vergleich niedrig sind. Deutschland wäre also ein ideales Land zur Einführung der Screening-**Koloskopie**. Welche Screening-Methode benutzt wird, ist letztlich für den Erfolg des Screenings nicht entscheidend. Wichtiger

10 Darmkrebs-Screening mit Tests auf okkultes Blut im Stuhl und eventuell folgenden weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wie einer **Koloskopie** ist es nicht nur möglich, die Sterblichkeitsrate bei dieser Krebsart um bis zu 33 Prozent zu reduzieren. Diese

11 Maßnahmen bei positivem Befund auf die Darmkrebs-Inzidenz ist nach Ansicht der US-Forscher darauf zurückzuführen, daß bei **Koloskopien** im Zusammenhang mit dem Screening mit Polypen potentielle Krebs-Entstehungsorte entfernt werden. Siehe Lesen S

12 ärztliche Versorgung (ZI), Dr. Lutz Altenhofen, gestern vor der Presse in München. Bei rund 570 Teilnehmern wurden bei der **Koloskopie** Adenome oder Polypen entdeckt, aus denen sich ein Karzinom hätte entwickeln können und die deshalb direkt entfernt

13 neben der Untersuchung auch eine wissenschaftliche Dokumentation der Untersuchungsbefunde. Bei positivem Test folgt eine **Koloskopie**. Etwa 80 Prozent der Patienten gaben an, daß sie zuvor noch nie etwas von dem Okkultbluttest gehört hatten oder

14 im Darm liegen in flachen oder eingesenkten Adenomen, haben sie bei der Untersuchung von 1000 Personen festgestellt. Bei **Koloskopien** sollte deshalb verstärkt auf solche Befunde geachtet werden und nicht nur auf adenomatöse Polypen, die ja bereits als Ausgangspunkt von

15 Rembacken vom General Infirmary in Leeds durch prospektiv gewonnene Daten belegt (Lancet 355, 2000, 1211). Sie haben bei Routine-**Koloskopien** von 1000 Patienten auffällige Schleimhaut-Bereiche nach Aufsprühen von Indigokarmin genauer inspiziert. Mit der

16 Patienten ohne erhöhtes Risiko ab 45 Jahren alle fünf Jahre eine flexible Sigmoidoskopie und alle fünf bis zehn Jahre eine **Koloskopie** oder einen Kolon-Kontrastmitteleinlauf als Vorsorgemaßnahme anzubieten. Patienten mit familiärem Risiko für kolorektale Karzinome sollten

17 Polyposis sei zudem eine jährliche Sigmoidoskopie, bei Veranlagung für ein hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom eine **Koloskopie** bereits ab der Pubertät sinnvoll.

18 Jeder Vierte war ein Screening-Neuling 42 Prozent der koloskopierten Patienten haben einen Fragebogen (C-Bogen) mit standardisierten Antworten ausgefüllt und auswerten lassen. Ein Viertel von ihnen



19 angesprochen worden zu sein, 21 Prozent war der Test bislang unbekannt gewesen. Über anfängliche Bedenken gegenüber der **Koloskopie** berichteten 33 Prozent der Patienten, besonders wegen möglicher Schmerzen bei der Untersuchung oder möglicherweise

20 möglicher Schmerzen bei der Untersuchung oder möglicherweise dabei neuentdeckter schwerer Krankheiten. Die Unannehmlichkeiten der **Koloskopie** bewertete jeder zweite als eher gering, 30 Prozent beurteilten sie als störend, aber erträglich. Nur knapp 14 Prozent hielten

21 e jeder zweite als eher gering, 30 Prozent beurteilten sie als störend, aber erträglich. Nur knapp 14 Prozent hielten die **Koloskopie** für gerade noch zu ertragen oder für unerträglich. 78 Prozent der Patienten, die anfangs Schmerzen bei der Koloskopie befürchtet hatten,

22 die Koloskopie für gerade noch zu ertragen oder für unerträglich. 78 Prozent der Patienten, die anfangs Schmerzen bei der **Koloskopie** befürchtet hatten, stuften die Unannehmlichkeiten der Untersuchung im nachhinein als eher gering oder störend, aber erträglich ein. 96

23 die Unannehmlichkeiten der Untersuchung im nachhinein als eher gering oder störend, aber erträglich ein. 96 Prozent der Befragten würden die **Koloskopie** auf ärztlichen Rat hin nochmals vornehmen lassen.

24 Über 300 000 Personen getestet, 6000 mit **Koloskopie** untersucht Bei dem Modellprojekt wurden 308 677 Bögen zu Personen, die bei Stuhlblut-Tests mitgemacht hatten,

25 it vollständigen Tests hatten positive Testergebnisse. Bei 6560 von ihnen liegt eine Eintragung vor, daß eine Koloskopie vereinbart wurde. Es gibt Informationen zu 5930 **Koloskopien**. 3226 davon waren bei Patienten mit positiven Stuhlblut-Tests

26 Bei 6560 von ihnen liegt eine Eintragung vor, daß eine **Koloskopie** vereinbart wurde. Es gibt Informationen zu 5930 Koloskopien. 3226 davon waren bei Patienten mit positiven Stuhlblut-Tests gemacht worden, die übrigen bei negativen Tester

27 nden. Damit liegt nur für etwa jeden zweiten Patient, bei dem wegen eines positiven Tests auf okkultes Blut im Stuhl eine **Koloskopie** vereinbart worden war, auch eine Dokumentation zur Koloskopie vor. Diese Diskrepanz erklärt sich nach Angaben von Dr. Lutz

28 wegen eines positiven Tests auf okkultes Blut im Stuhl eine Koloskopie vereinbart worden war, auch eine Dokumentation zur **Koloskopie** vor. Diese Diskrepanz erklärt sich nach Angaben von Dr. Lutz Altenhofen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche

29 unter anderem dadurch, daß zum Zeitpunkt der Auswertung nicht für alle Patienten mit positivem Stuhlblut-Tests auch schon **Koloskopie**-Dokumentationen weitergeleitet worden waren. Dazu komme, daß sich wohl viele Patienten gegen den ärztlichen Rat keiner Koloskopie unterzo

30 auch schon Koloskopie-Dokumentationen weitergeleitet worden waren. Dazu komme, daß sich wohl viele Patienten gegen den ärztlichen Rat keiner **Koloskopie** unterzogen hätten und daß etwa stationär vorgenommene Koloskopien bei der Auswertung nicht berücksichtigt worden seien.

31 waren. Dazu komme, daß sich wohl viele Patienten gegen den ärztlichen Rat keiner Koloskopie unterzogen hätten und daß etwa stationär vorgenommene **Koloskopien** bei der Auswertung nicht berücksichtigt worden seien. Bei den 3226 Patienten, die aufgrund eines positiven

32 bei der Auswertung nicht berücksichtigt worden seien. Bei den 3226 Patienten, die aufgrund eines positiven Tests **koloskopiert** wurden, wurde 219mal ein Karzinom diagnostiziert. 989mal wurden Polypen gefunden. Bei den übrigen im Projekt aus anderen Gründen

33 zen von Darmkrebs-Früherkennungsmaßnahmen im bayerischen Modellprojekt mit paralleler Honorierung von Stuhlblut-Tests und **Koloskopien** außerhalb des Budgets haben sich gelohnt: Innerhalb von knapp zwei Jahren ist die Teilnahme am Okkultblut

34 45jährigen Frauen um 36 Prozent gestiegen. Bei 309 von knapp 6000 Patienten, die sich im Modellprojekt einer **Koloskopie** unterzogen haben, wurde ein kolorektales Karzinom diagnostiziert. Dabei war im Modellprojekt der Anteil von Tumoren in

35 tivitätsraten zwischen 0,5 und 2,1 Prozent berichtet. Aus der Minnesota-Studie gibt es übrigens auch Daten, daß durch die **koloskopische** Entfernung asymptomatischer Polypen auch die Inzidenz von Darmkrebs günstig beeinflußt wird: Bei jährlichem Stuhlblut-Screening ist

36 ive Ergebnisse, die vermutlich auf die Reaktivierung pflanzlicher Peroxidasen zurückzuführen sind, und Anlaß für unnötige **Koloskopien** geben. Deshalb ist diese Variante nicht für die normale Vorsorgeuntersuchung zugelassen. Für den Test auf okkultes Blut bei Personen mit

37 **Koloskopie** als Screening? Optimal, doch unrealistisch Jährliche Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen werden hierzulande seit 1977 für alle Frauen und Mä

38 rd Gnauck von der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Ein positiver Stuhlblut-Test ist eine Indikation für eine **Koloskopie** oder alternativ für ein Kolon-Röntgen plus Rektoskopie. Ergibt eine Koloskopie keinen pathologischen Befund, auch keine Polypen, hält Gna

39 Ein positiver Stuhlblut-Test ist eine Indikation für eine Koloskopie oder alternativ für ein Kolon-Röntgen plus Rektoskopie. Ergibt eine Koloskopie keinen pathologischen Befund, auch keine Polypen, hält Gnauck Screening-Tests, auch Stuhlblut-Tests, in den folgenden

40 damit das Risiko, an Darmkrebs zu sterben, um bis zu 90 Prozent niedriger sein kann als ohne Screening. Optimal wäre eine **Koloskopie** alle zehn Jahre, wie sie auch in gastroenterologischen Kreisen als mögliches Screening diskutiert wird. "Damit können Sie zu 99

41 Prozent sicher sein, nicht an Darmkrebs zu sterben", sagt Gnauck. Aufgrund der schlechten Compliance sei es jedoch unrealistisch, ein auf **Koloskopien** beruhendes Screening zu empfehlen.

42 er des Chips auswertet und bestimmte Frequenzen nachbearbeitet: Professor Nib Soehendra aus Hamburg zeigte bei einer **Live-Koloskopie** im Uniklinikum Eppendorf, daß sich die Strukturen wesentlich detailreicher darstellen lassen als mit herkömmlicher Ausstattung. Das Bild

43 rfe schließlich nicht unnötig ausgedehnt werden. Mit dem Gerät könne man auch die Bilder älterer Endoskope verbessern. Das **Koloskop**, das in einer "Evis Exera"-Serie in verschiedenen Ausführungen produziert wird, verfügt über eine variable Steifigkeit des Einführungsteils

44 chmiegel bei einer Veranstaltung in Hamburg. Der positive Hämokkult-Test oder auch der klinische Tumorverdacht sollte eine **Koloskopie** nach sich ziehen. Beim Nachweis von Adenomen in der Sigmoidoskopie sei die komplette Koloskopie indiziert, wie Schmiegel bei dem

45 Tumorverdacht sollte eine Koloskopie nach sich ziehen. Beim Nachweis von Adenomen in der Sigmoidoskopie sei die komplette **Koloskopie** indiziert, wie Schmiegel bei dem von dem Unternehmen Merckle unterstützten Symposium betont hat. Die Kontrollendoskopie sollte drei Jahre

46 Bei Risikopersonen empfiehlt Schmiegel: Verwandte erstes Grades von Patienten mit kolorektalem Karzinom sollten bereits ab dem 40 Lebensjahr **koloskopisch** untersucht werden, wenn das Karzinom bei dem Angehörigen vor dem 60. Lebensjahr diagnostiziert wurde. Wenn der Patient

47 werden, wenn das Karzinom bei dem Angehörigen vor dem 60. Lebensjahr diagnostiziert wurde. Wenn der Patient über 60 Jahre alt war, sollte die **Koloskopie** ab dem 50. Lebensjahr erfolgen und alle zehn Jahre wiederholt werden. Auch enge Angehörige von Patienten mit ko

48 kolorektalem Adenom zählten zur Risikogruppe und sollten bei früher Adenomdiagnose in der Familie bereits ab dem 40. Lebensjahr **koloskopiert** werden. Bei Erkrankung nach dem 60. Lebensjahr reiche dasselbe Vorgehen wie bei der asymptomatischen Bevölkerung.

49 el: Bei Pancolitis, die über acht Jahre besteht, und linksseitiger Kolitis, die über 15 Jahre besteht, muß eine komplette **Koloskopie** mit Stufenbiopsien jährlich erfolgen. Nach zwei Jahren reiche ein zweijähriges Untersuchungsintervall. Nach eindeutiger und bestätigter

50 cheinen: Daraus ersieht er die augenblickliche Position und Blickrichtung der virtuellen Optik. So kann er die Morphologie des Dickdarms nahezu wie bei einer **Koloskopie** beurteilen, der bisher zwar genauesten, aber auch teuren und belastenden Methode. Die MR-Kolonographie ist dagegen kostengünstiger, für den Patienten angenehmer

51 st ein Test auf okkultes Blut im Stuhl notwendig. Bei bestehender Symptomatik oder entsprechendem Untersuchungsbefund folgt die apparative Diagnostik. Sie beginnt mit der Rektosigmoidoskopie bzw. **Koloskopie** mit mehrfachen Biopsien. Die Gewebentnahmen erfolgen aus dem zentralen Tumoranteil und aus seinen Randbereichen. Die Biopsie muss die Submucosa mit erfassen. Dazu sind unter Umständen

52 rlich. Sowohl beim Kolonkarzinom als auch beim Rektumkarzinom ist immer die vollständige Endoskopie des Dickdarms zum Ausschluss von Zweitumoren und Adenomen indiziert. Gelingt eine vollständige **Koloskopie** nicht, bietet sich die Röntgenuntersuchung in Form des Barium-Doppelkontrasteinlaufs an. Bei Vorliegen von Kolonpolypen ist die vollständige endoskopische Polypektomie unbedingt erforderlich

53 Beckenbodenmuskulatur und Os sacrum gilt als Tumorinfiltration. Hier kann ergänzende Diagnostik mit Ausscheidungsurographie, Zystoskopie oder gynäkologischer Untersuchung notwendig werden. Die **koloskopische** Diagnostik sollte bei stenosierendem Rektumkarzinom innerhalb von drei Monaten postoperativ nachgeholt werden. 3. Tumormarker Für kolorektale Karzinome ist das CEA nach wie vor der

54 (BSG, Blutbild, SGPT, alkalische Phosphatase, Gamma-GT, Serum-Bilirubin, CEA), Thoraxübersicht in zwei Ebenen, Sonographie des Abdomens. Weiterführende spezielle Untersuchungsmethoden wie z. B. **Koloskopie** und Computertomographie sollten bei entsprechendem klinischen Verdacht erfolgen (Tabellen 1 und 2). Beim Rektumkarzinom gilt bei frühen Tumorstadien nach radikaler R0-Resektion ein ä

55 entsprechendem klinischen Verdacht erfolgen (Tabellen 1 und 2). Beim Rektumkarzinom gilt bei frühen Tumorstadien nach radikaler R0-Resektion ein ähnliches Vorgehen wie beim Kolonkarzinom:

eine **Koloskopie** nach zwei und fünf Jahren dient der Früherkennung von Zweitumoren. Auch hier kann abweichend im Einzelfall bei Annahme eines hohen Rezidivrisikos aufgrund des intraoperativen Befunde

- 56 1: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC-Stadium I: Untersuchung Monate 6121824364860 Anamnese, körperliche Untersuchung+\*\* + + **Koloskopie**\*+\*\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre Koloskopie \*\* nach endoskopischer Abtragung
- 57 körperliche Untersuchung+\*\* + + Koloskopie\*+\*\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre **Koloskopie** \*\* nach endoskopischer Abtragung Tab. 2: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC-Stadium II-III: Untersuchung Monate 6121824364860
- 58 Untersuchung Monate 6121824364860 Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA+++++++ Abdomen-Sonographie+++++++ Röntgen Thorax + + + + Koloskopie\*+ + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre **Koloskopie** u CT-Abdomen: symptomorientiert (CEA -
- 59 Röntgen Thorax + + + + Koloskopie\*+ + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre Koloskopie u CT-Abdomen: symptomorientiert (CEA-Anstieg etc.) u HNPCC: ohne subtotale Kolektomie : alle 2 Jahre **Koloskopie**, wenn kein Adenomnachweis in der Voruntersuchung; u Rektoskop
- 60 Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre Koloskopie u CT-Abdomen: symptomorientiert (CEA -Anstieg etc.) u HNPCC: ohne subtotale Kolektomie : alle 2 Jahre **Koloskopie**, wenn kein Adenomnachweis in der Voruntersuchung; u Rektoskopie: nach subtotaler Kolektomie alle 2 Jahre u Spiral-CT Abdomen: befundorientiert (z.B. unklarer Sonographiebefund,
- 61 b. 3: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Rektumkarzinom UICC-Stadium I Untersuchung Monate 6121824364860 Anamnese, körperliche Untersuchung + + + **Koloskopie**\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre Koloskopie Tab. 4: Nachsorgeempfehlungen bei Pat
- 62 körperliche Untersuchung + + Koloskopie\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre **Koloskopie** Tab. 4: Nachsorgeempfehlungen bei Patienten mit Rektumkarzinom nach lokaler Exzision Untersuchung Monate Anamnese, körperliche Untersuchung+++++++ Rektoskopie
- 63 lokaler Exzision Untersuchung Monate Anamnese, körperliche Untersuchung+++++++ Rektoskopie oder Sigmoidoskopie+++ Endosonographie **Koloskopie**\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre Koloskopie Nach endoskopischer Abtragung eines ges
- 64 Endosonographie Koloskopie\* + + \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 2-3 Jahre **Koloskopie** Nach endoskopischer Abtragung eines gestielten Polypen mit T1-Karzinom"low risk" sind bei tumorfreier Polypenbasis die Nachuntersuchungen nach 12 und 18 Monaten entbehrlich Tab. 5:
- 65 Untersuchung Monate 6121824364860 Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA+++++++ Abdomen-Sonographie+++++++ Röntgen Thorax + + + + **Koloskopie**\* + + Rektoskopie oder Sigmoidoskopie+++ +\*\*+\*\* Endosonographie Spiral-CT Becken\*\*\* \* 3 Monate postoperativ
- 66 Endosonographie Spiral-CT Becken\*\*\* \* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich; nach dem 5. Jahr alle 3 Jahre **Koloskopie** \*\* nach adjuvanter Strahlen/Chemotherapie wegen verzögert auftretender Lokalrezidive \*\*\* 3 Monate nach Abschluss der Tumorspezifischen Therapie (Operation bzw. Strahlen / Che
- 67 Notwendige Untersuchungen Anamnese und klinische Untersuchung (einschließlich digital -rektaler Untersuchung) Rektoskopie mit Biopsie **Koloskopie** des gesamten Kolons oder Doppelkontrasteinlauf. Bei hochgradig stenosierte Rektumkarzinom empfiehlt es sich, den restlichen Darm intraoperativ palpatorisch und
- 68 Koloskopie des gesamten Kolons oder Doppelkontrasteinlauf. Bei hochgradig stenosierte Rektumkarzinom empfiehlt es sich, den restlichen Darm intraoperativ palpatorisch und **koloskopisch** innerhalb von 3 Monaten postoperativ abzuklären. Sonographie Abdomen Röntgen-Thorax in 2 Ebenen Tumormarker CEA Urinsedim
- 69 Lymphknoten im zirrhatischen Lebergewebe CT-Thorax bei unklarem Röntgenbefund. (Nach Meinung der DGVS ist die CT-Untersuchung des Thorax obligat.) Gastroskopie / **Koloskopie** bei

unklarer Abgrenzung gegenüber sekundären Lebertumoren. Laparoskopie bei fraglicher Operationsindikation Weitere diagnostische Schritte, z.B. vor

70 am- und Bethesda-Kriterien (Anlage 1 und 2) und sind durch molekulargenetische Untersuchungen (Mikrosatelliteninstabilität [MSI]) zu bestätigen. **Koloskopie** mit Biopsie oder Doppelkontrasteinlauf mit Rektoskopie und Biopsie bei auffälligem Befund. Bei eindeutigem Befund des Kontrasteinlaufs kann auf die Koloskopie

71 Koloskopie mit Biopsie oder Doppelkontrasteinlauf mit Rektoskopie und Biopsie bei auffälligem Befund. Bei eindeutigem Befund des Kontrasteinlaufs kann auf die **Koloskopie** verzichtet werden. Bei stenosierendem, nicht passierbarem Tumor ist die vollständige Koloskopie innerhalb von 3 Monaten postoperativ nachzuholen.

72 fund. Bei eindeutigem Befund des Kontrasteinlaufs kann auf die Koloskopie verzichtet werden. Bei stenosierendem, nicht passierbarem Tumor ist die vollständige **Koloskopie** innerhalb von 3 Monaten postoperativ nachzuholen. Sonografie Abdomen (Leber, Niere, Ascites) Röntgen-Thorax in 2 Ebenen Tumormarker CEA B

73 elliteninstabilitäten aus Zellen des Tumors und Normalgewebe zu suchen (Methode in Zentren verfügbar). Nachsorge s. Abschnitt 8 und Anlage 5. Nach dem 5. Jahr 2 - 3 jährliche **Koloskopie** \* nach endoskopischer Abtragung Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA ++++++ Abdomen-Sonographie ++++++ Röntgen-Thorax + ++ +

74 nach endoskopischer Abtragung Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA ++++++ Abdomen-Sonographie ++++++ Röntgen-Thorax + ++ + **Koloskopie** + + Spiral-Computertomographie Abdomen befundorientiert (z.B. bei unklarem Sonographiebefund, CEA -Anstieg). Nach dem 5. Jahr alle 3 Koloskopie. HNPCC: ohne su

75 ax + ++ + Koloskopie + + Spiral-Computertomographie Abdomen befundorientiert (z.B. bei unklarem Sonographiebefund, CEA -Anstieg). Nach dem 5. Jahr alle 3 **Koloskopie**. HNPCC: ohne subtotale Kolektomie: 2 jährlich Koloskopie, wenn kein Adenom-Nachweis in der Voruntersuchung; nach subtotaler Kolektomie: alle 2 Jahre Rektoskopie. Stand der

76 piral-Computertomographie Abdomen befundorientiert (z.B. bei unklarem Sonographiebefund, CEA-Anstieg). Nach dem 5. Jahr alle 3 Koloskopie. HNPCC: ohne subtotale Kolektomie: 2 jährlich **Koloskopie**, wenn kein Adenom-Nachweis in der Voruntersuchung; nach subtotaler Kolektomie: alle 2 Jahre Rektoskopie.

77 en sind die entsprechenden Untersuchungen sinnvoll: halbjährliche klinische Untersuchung, Prostasonografie und PSA-Serumspiegel jährlich Hämokulttest und **Koloskopie** Allgemeine und spezielle Prävention Das Thema Risikoprävention umfaßt zum einen die Aufklärung über Möglichkeiten eines allgemein gesundheitsbewußten Verhaltens. Eine wenn auch geringfü

78 Einsatz kommen. Endoskopie: Zystoskopie bzw. Rektoskopie sollen Auskunft über eine Blasen- bzw. Rektumbeteiligung geben. Anstelle von Kolonkontrasteinlauf und Magen-Darm-Passage können ebenso **Koloskopie** und Gastroskopie zum Einsatz kommen. Vor allem kann die Vorbereitung auf die Koloskopie im Sinne einer Darmlavage, die vor dem chirurgischen Eingriff obligat ist, bereits für die Laparo

79 sen- bzw. Rektumbeteiligung geben. Anstelle von Kolonkontrasteinlauf und Magen-Darm-Passage können ebenso Koloskopie und Gastroskopie zum Einsatz kommen. Vor allem kann die Vorbereitung auf die **Koloskopie** im Sinne einer Darmlavage, die vor dem chirurgischen Eingriff obligat ist, bereits für die Laparotomie genutzt werden. Pleurapunktion: Bei nachgewiesenem Pleuraerguß soll präoperativ m

80 Endoskopie und Biopsie Digitale Untersuchung Rektoskopie und Biopsie/Endosonographie/**Koloskopie** perkutane Sonographie perkutane Sonographie Kolon-Kontrast-Untersuchung nur bei endoskopisch nicht passierbarer Ste

81 arterieller Hepaticaport oder Resektion der Filiae geplant Coeliaco-Mesentericographie ggf. einschl. SCTAP Die **Koloskopie** beschreibt die Tumorlokalisierung und ermöglicht PEs. Im Zweifelsfall ist eine radiologische Dokumentation der Geräteposition wünschenswert. Der histologische Befund muß den Tumortyp und

82 dentata starr mit dem Rektoskop gemessen und festgelegt werden. Darüberhinaus ist eine Beurteilung der Lage des Tumors an der Hinterwand, Vorderwand oder lateral wichtig. Prinzipiell muß eine **Koloskopie** sowie zumindest die digitale Beurteilung der Sphinkterfunktion erfolgen. Die Gewebeentnahme mit mindestens 6 PEs bezieht sich auf Randbereiche des Tumors. Der histologische Befund muß

**laparoskop\***

N Concordance

1 kolorektalem Karzinom nach ausgedehnter Lymphadenektomie. Für die Beurteilung neuerer Operationstechniken, wie zum Beispiel der Kolonpouch nach tiefer Rektumresektion oder **laparoskopischen** Resektionen fehlen für eine endgültige Stellungnahme Langzeitergebnisse. Die Standardoperation beim primären Kolonkarzinom besteht nach

2 Diagnostik (Sonographie, Computertomographie, NMR, PET u.a.) indiziert. Bei alleiniger Erhöhung des Tumormarkers ohne klinisch oder apparativ fassbares Rezidiv kann eine **Laparoskopie** oder Laparotomie erwogen werden, die Einleitung einer Chemotherapie ohne vorherige Sicherung des Rezidivs ist nicht gerechtfertigt. Patientinnen mit kurzem

3 evtl. mit Hysteroskopie Im Einzelfall nützliche bildgebende Verfahren Das Ergebnis weiterer bildgebender Untersuchungen, eine **Laparoskopie** und der Befund bei der Operation finden zwar für die Stadieneinteilung bis heute keine Berücksichtigung, sind aber für die Therapieplanung wichtig und

4 fund. (Nach Meinung der DGVS ist die CT-Untersuchung des Thorax obligat.) Gastroskopie / Koloskopie bei unklarer Abgrenzung gegenüber sekundären Lebertumoren. **Laparoskopie** bei fraglicher Operationsindikation Weitere diagnostische Schritte, z.B. vor Lebertransplantation müssen individuell entschieden werden.

5 gens oder Zwölffingerdarms ERCP bei unklarer Diagnose und zur passageren Stenteinlage Endosonographie zur Beurteilung der lokalen Tumorausbreitung **Laparoskopie** zur Klärung einer Peritonealkarzinose, Lebermetastasierung und Durchführung einer Peritoneallavage für zytologische Untersuchung. Präoperative mikrosk

6 oder histologische Sicherung der Diagnose vor Beginn einer Strahlen- oder Chemotherapie durch sonografisch oder CT-gesteuerte perkutane Punktion oder nach **Laparoskopie** (Biopsien aus Lebermetastasen, Peritonealabsiedlungen, Lymphknotenmetastasen) erfolgen. Anhand der Biopsie sollte, wenn immer möglich, zum histologischen Tumor

7 HNO-ärztliche Untersuchung bei zervikalem Tumor und Verdacht auf Recurrensparese Bronchoskopie (bei suprabifurkalem Tumor) **Laparoskopie** (bei infrabifurkalem Adenokarzinom) Sonographie/Computertomographie des Halses (bei suprabifurkalem Tumor) Präoperative histologische Diagnostik

8 auf Metastasen in Leber, Ovarien u.a., Beurteilung des lokoregionären Tumorwachstums vor Chemotherapie s.u.) Computertomogramm Thorax (bei Verdacht auf Lungenmetastasen) **Laparoskopie** (bei Verdacht auf Peritonealkarzinose, zur Beurteilung der Resektabilität bei geplanter neoadjuvanter Therapie s.u.) Patho-histologische Diagnostik [1,4] Die präop

9 em Befund der erstgenannten Untersuchungen oder bei Kontrastmittelunverträglichkeit. Im Einzelfall nützliche Untersuchungen Tumormarker (abhängig vom Primärtumor) **Laparoskopie** (bei fraglicher Operationsindikation) PET (zur Differenzierung unklarer Raumforderungen) Prätherapeutische mikroskopische Diagnostik Nach kompletter bildgebender Di

10 hgewiesenem Gallenblasenkarzinom Die Cholecystektomie ist bei präinvasivem Karzinom (Tis) und T1-Karzinom ausreichend, sonst Re-Operation entsprechend o.a. Vorgehen. Nach **laparoskopischer** Cholecystektomie sind die Trokarkanäle bei der Re-Operation zu exzidieren. 7. Postoperative pathohistologische Diagnostik Die Prognose beim Karzinom der Gallen

11 zintigraphie) wird im speziellen Teil eingegangen. In bestimmten Sonderfällen (geplante multimodale Therapie, insbesondere neoadjuvante Vorbehandlung), ist die sogen. erweiterte diagnostische **Laparoskopie** indiziert. Es handelt sich um eine Komplementäruntersuchung, wenn besonders hohe Anforderungen an die Präzision des präoperativen Stagings gestellt werden müssen.

Um Doppeluntersuch

12 ale Phase), ca. 30s nach Injektionsbeginn (arterielle Phase) (genaue Injektionszeitpunkte durch Bolus-Tracking/Dynamische CT festlegen) Diagnostische **Laparoskopie** Die Untersuchung ist invasiv und muß unter Vollnarkose durchgeführt werden. Das Ausspiegeln des Abdomens geschieht über 4 - 5 jeweils 0,5 bis 1cm lange Incisionen. Das gesamte Perit

13 ge Incisionen. Das gesamte Peritoneum parietale und -viscerale kann inspiziert werden, zusätzlich können Bursa omentalis, Hiatus usw. gezielt präpariert und eingesehen werden. Die diagnostische **Laparoskopie** sollte immer mit der laparoskopischen Ultraschalluntersuchung kombiniert werden. Zum Nachweis freier intraabdominaler Tumorzellen wird stets eine peritoneale Lavagezytologie entnommen

14 eum parietale und -viscerale kann inspiziert werden, zusätzlich können Bursa omentalis, Hiatus usw. gezielt präpariert und eingesehen werden. Die diagnostische Laparoskopie sollte immer mit der

**laparoskopischen** Ultraschalluntersuchung kombiniert werden. Zum Nachweis feier intraabdominaler Tumorzellen wird stets eine peritoneale Lavagezytologie entnommen. Bei der Entnahme von Probebiopsi 15 usmalignomen ist eine ergänzende CT des Halses für den Lymphknotenstatus erforderlich. Bei Adenocarcinomen der distalen Speiseröhre und vorgeplanter neoadjuvanter Therapie ist die diagnostische **Laparoskopie** sinnvoll zum Ausschluß einer Peritonealkarzinose bzw. einer intraabdominellen Tumormanifestation. MAGEN Endoskopie und Biopsie/Endosonographie uT1/T2 uT3/T4

16 umoren) anzuschließen. Bei fortgeschrittenem Magencarcinom kann bei V.a. Infiltration von Nachbarorganen, extraregionalen Lymphknotenmetastasen und V.a. Peritonealkarzinose die diagnostische **Laparoskopie** sinnvoll sein, um eine diagnostische Laparotomie zu vermeiden. DÜNNDARM Enteroklysis/ggf. Enteroskopie und Biopsie CT Abdomen/Becken perkutane Sonographie

17 fehlender Konsequenz fraglich. Insbesondere die perkutane Punktion ist umstritten und sollte lediglich in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen (palliative Situation). Die diagnostische **Laparoskopie** beim Pankreaskarzinom kann im Einzelfall bei V.a. Peritonealkarzinose oder V.a. Metastasierung die Laparotomie ersparen. Im positiven Fall kann u.U. auch eine laparoskopische Palliati

18 Die diagnostische Laparoskopie beim Pankreaskarzinom kann im Einzelfall bei V.a. Peritonealkarzinose oder V.a. Metastasierung die Laparotomie ersparen. Im positiven Fall kann u.U. auch eine **laparoskopische** Palliativtherapie (z.B. Ernährungssonde, Gastroenterostomie) vorgenommen werden. GALLENBLASE perkutane Sonographie CT Abdomen/Becken ERCP/PTC

### **kolposkop\***

N Concordance

1 HPV-Test (Hybrid-Capture-II-Test) vorgenommen. Bei Frauen mit positivem zytologischen Befund und/oder positivem HPV-Test wurde die Zervix **kolposkopisch** untersucht und bei positivem Befund die Diagnose durch Biopsie gesichert. Zur Sicherheit wurden auch etwa 2,5

2 Biopsie gesichert. Zur Sicherheit wurden auch etwa 2,5 Prozent der Frauen mit negativem zytologischen und negativem HPV-Testergebnis **kolposkopsich** untersucht, bei weiteren 2,5 Prozent wird das noch getan. Etwa fünf Prozent der Frauen waren HPV-positiv, und bei

3 und bei 2,3 Prozent fiel die zytologische Untersuchung positiv aus. Wären - wie es derzeit üblich ist - nur die Frauen **kolposkopiert** worden, die ein positives zytologisches Testergebnis hatten, wären mehr als 50 Prozent der Frauen mit Zervixkrebs oder dessen Vorstufe

4 ergeben sich im Abstrich auffällige Zellveränderungen oder werden Papilloma-Viren nachgewiesen, werden die Patientinnen zur **Kolposkopie** geschickt. Gibt es dabei einen Befund, wird eine Gewebeprobe zum Pathologen geschickt. Bestätigt auch er den Befund, erfolgt ein

5 bei der gynäkologischen Untersuchung Bei endozervikalem Prozess durch Kürettage der Zervix (meist ohne Narkose) ergänzt durch die **Kolposkopie** der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung Sicherung der Diagnose durch kolposkopische Gewebeentnahme

6 änzt durch die Kolposkopie der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung Sicherung der Diagnose durch **kolposkopische** Gewebeentnahme bei makroskopisch sichtbarem Tumor, bei FIGO Stadium Ia1/Ia2 nur durch Konisation und Zervixabrasio. Untersuchungsverf

7 wenn nötig auch in Narkose - sowie die Spiegeluntersuchung dar. Dabei müssen die Ausdehnung des pathologischen Prozesses in der Vagina durch die **Kolposkopie** genau festgelegt und die vaginalen Tumorgrenzen ggf. durch Biopsien dokumentiert werden Die notwendige bildgebende Diagnostik stellen dar:

8 okonstellation. Zu fordern ist eine Spiegeleinstellung und eine zytologische Abstrichentnahme von der Portiooberfläche sowie aus dem Zervikalkanal, ggf. unter **kolposkopischer** Sicht. Die Diagnosestellung in der Zytologie erfolgt nach der Münchner Nomenklatur II (Einteilung nach Papanicolaou (Pap) (4)). Pathologisch-anatomi

9 Operation ohne postoperative adjuvante Strahlentherapie können mit guter Aussicht auf Erfolg therapiert werden. Sie sind durch Inspektion, durch **Kolposkopie**, Zytologie und die Palpation bei der gynäkologischen Untersuchung wesentlich früher zu diagnostizieren als mit allen bildgebenden Verfahren

### **hysteroskop\***

N Concordance

1 te Abrasio. Zur Abklärung der postmenopausalen Blutung ist eine fraktionierte Abrasio in jedem Falle notwendig. Im Einzelfall nützliche Untersuchungen **Hysteroskopie**. Bei sonographischem Verdacht

auf ein Endometriumkarzinom sollte eine Hysteroskopie zur definierten Gewebegewinnung der fraktionierten Abrasio vorange

2 o in jedem Falle notwendig. Im Einzelfall nützliche Untersuchungen Hysteroskopie. Bei sonographischem Verdacht auf ein Endometriumkarzinom sollte eine **Hysteroskopie** zur definierten Gewebegewinnung der fraktionierten Abrasio vorangestellt werden. Bei Blutungen und fraktionierter Abrasio mit Gewinnung von wenig

3 io vorangestellt werden. Bei Blutungen und fraktionierter Abrasio mit Gewinnung von wenig Material oder bei negativer Histologie sollte durch die **Hysteroskopie** eine Klärung herbeigeführt werden. Abschluss von Ovarialtumoren bzw. Tubenkarzinomen ist erforderlich bei pathologischem Abstrich und unauffälliger

4 den. Abschluss von Ovarialtumoren bzw. Tubenkarzinomen ist erforderlich bei pathologischem Abstrich und unauffälliger fraktionierter Abrasio oder **Hysteroskopie** 2. Prätherapeutisches Staging bei Karzinom 2.1 Grundprinzipien des Stagings Seit 1988 gilt in der FIGO-Klassifikation die chirurgische, d.h.

5 logische Untersuchung zur Beurteilung der Ausdehnung im kleinen Becken das histologische Ergebnis der fraktionierten Abrasio bzw. des **hysteroskopischen** Befundes. Im Einzelfall nützliche Untersuchungen zur Bemessung der Tumorausdehnung im kleinen Becken bzw. Metastasierung sind:

6 Tumoreinbruchs in Harnblase oder Rektum Röntgen-Thorax in zwei Ebenen bei endozervikalem Prozess eine Kürettage des Uterus, evtl. mit **Hysteroskopie** Im Einzelfall nützliche bildgebende Verfahren Das Ergebnis weiterer bildgebender Untersuchungen, eine Laparoskopie und der Befund bei der

#### **zystoskop\***

N Concordance

1 bereits im pathologischen), Medikamente (ISDN, Verapamil, Antrazykline), iatrogene Einflüsse (z.B. kann eine PSA-Bestimmung nach rektaler Untersuchung oder **Zystoskopie** falsch positive Werte zeigen), sowie eine Störung der TM-Ausscheidung bei Niereninsuffizienz oder Cholestase (CA 19-9 wertlos). Auch Laborfaktoren

2 sche Antigene (BTA) oder monoklonale Antikörper (M344 & 19A211), die aus diagnostischer Sicht aber eine zu ge-ringe Sensitivität und Spezifität besitzen, als dass sie eine **Zystoskopie** ersetzen könnten. Auch die DNA-(Durchfluss)-Zytometrie, die aneuploiden Chromosomensätze von Tumorzellen nachweist, welche in Quantität bzw.

3 Prozent aller diagnostizierten Fälle. Jede Hämaturie oder Dysurie muss solange als Krebsverdächtig gelten, bis durch geeignete Untersuchungen (in der Regel die **Zystoskopie**) das Gegenteil bewiesen ist. Eine (zumeist schmerzlose) Makrohämaturie ist oftmals das Erstsymptom. Aber auch eine Mikrohämaturie kann den Verdacht auf das

4 Serumkreatinin Blutbild und Gerinnung im Rahmen der Operationsvorbereitung Sonographie des Abdomens Nieren Blase Urethro-**Zystoskopie** Die Diagnose eines Harnblasenkarzinoms wird zystoskopisch gestellt. Nicht immer ist das zystoskopische Bild beweisend für das

5 ationsvorbereitung Sonographie des Abdomens Nieren Blase Urethro-Zystoskopie Die Diagnose eines Harnblasenkarzinoms wird **zystoskopisch** gestellt. Nicht immer ist das zystoskopische Bild beweisend für das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. In allen Zweifelsfällen ist

6 en Blase Urethro-Zystoskopie Die Diagnose eines Harnblasenkarzinoms wird zystoskopisch gestellt. Nicht immer ist das **zystoskopische** Bild beweisend für das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. In allen Zweifelsfällen ist die weitere zytologische und histologische Abklärung durch

7 die weitere zytologische und histologische Abklärung durch transurethrale Resektion oder Biopsie angezeigt. Urographie Urinzytologie Bei **zystoskopischem** Verdacht auf ein Tis ist die Urinzytologie erforderlich. In allen anderen Situationen wird

8 cht auf Carcinoma in situ der Harnblase Verdacht auf muskelfiltrierendes Karzinom Systematische Blasenschleimhautbiopsie Bei **zystoskopisch** oberflächlichem Tumor und bei ansonsten unauffälliger Schleimhaut ist die Biopsie fakultativ. Bei zystoskopis

9 Bei zystoskopisch oberflächlichem Tumor und bei ansonsten unauffälliger Schleimhaut ist die Biopsie fakultativ. Bei zystoskopisch verdächtigen Schleimhautarealen und bei hinsichtlich der Infiltrationstiefe nicht einschätzbaren Tumoren ist das Mapping obligat.

10 ungart: Nach transurethraler Resektion in kurativer Zielsetzung Anamnese und klinische Befund **Zystoskopie** Sonographie Niere/ Harnblase/ Restharn bei Carcinoma in situ: Urinzytologie Nach Zystektomie Anamnese u

11 hohlsystems bzw. von Aufhebungen der Nierenkontur. Die Ausscheidungsurographie ist jedoch bei einer Hämaturie (in Kombination mit der **Zystoskopie**) weiterhin zwingend indiziert, um ein Urothelkarzinom der ableitenden Harnwege bzw. der Blase auszuschließen

12 die Computertomographie oder Kernspinnuntersuchung des Abdomens, die Sonographie der Nieren und der Leber, die **Zystoskopie** und Rektoskopie, die Röntgen-Aufnahme des Thorax (in 2 Ebenen bei erhöhtem OP- und Narkoserisiko), i.v.-Pyelogramm bei kli

13 Diagnostik stellen dar: Sonographie und intravenöse Pyelographie zum Ausschluss einer Ureterstenose bzw. Ureterinfiltration **Zystoskopie** und Rektoskopie zum Ausschluss eines Tumoreinbruchs in Harnblase oder Rektum Röntgen-Thorax in zwei Ebenen bei endozervika

14 arzinomen gibt es zusätzliche Untersuchungsverfahren: Sonographie: Bei ausgedehnten Karzinomen ohne Befall der Rektumschleimhaut kann die **Zystoskopie** bzw. Rektoskopie durch die transrektale Sonographie ergänzt werden. Bei ausgedehnten Karzinomen erlaubt die Sonographie der

15 Leber-sonographie Stadium III: Notwendig: Thoraxröntgen Leber-sonographie **Zystoskopie** Rektoskopie Im Einzelfall nützlich: Vaginalsonographie rektale Sonographie

16 grenzung gegenüber Prostata, Samenblasen, Harnblase, Vagina, Uterus, Beckenbodenmuskulatur und Os sacrum gilt als Tumordinfiltration. Hier kann ergänzende Diagnostik mit Ausscheidungsurographie, **Zystoskopie** oder gynäkologischer Untersuchung notwendig werden. Die koloskopische Diagnostik sollte bei stenosierendem Rektumkarzinom innerhalb von drei Monaten postoperativ nachgeholt werden.

17 fortgeschrittenen Tumoren ist für die Planung der Therapie die Beurteilung des organüberschreitenden Wachstums oder der metastasierenden Erkrankung von Bedeutung. Das Harnblasenkarzinom ist eine **zystoskopische** Diagnose. Durch die endoskopische Diagnostik werden Lokalisation, Zahl und Wachstumstyp der Tumoren sowie auch Differenzierung zwischen oberflächlichen oder infiltrierenden Tumoren

18 im Rahmen der Operationsvorbereitung zur transurethralen Resektion. 2.5.1.4. Sonographie des Abdomens Es werden die gefüllte Harnblase, Nieren, Leber und Retroperitonealraum beurteilt. 2.5.1.5. **Zystoskopie** Die **Zystoskopie** erfolgt mit der 30 und 70, evt. 120 Grad Optik. Beurteilt werden Blasenboden, Blasenwand, Blasenhinterrand und Blasendach sowie beim Mann die prostatistische Harnr

19 perationsvorbereitung zur transurethralen Resektion. 2.5.1.4. Sonographie des Abdomens Es werden die gefüllte Harnblase, Nieren, Leber und Retroperitonealraum beurteilt. 2.5.1.5. **Zystoskopie** Die **Zystoskopie** erfolgt mit der 30 und 70, evt. 120 Grad Optik. Beurteilt werden Blasenboden, Blasenwand, Blasenhinterrand und Blasendach sowie beim Mann die prostatistische Harnröhre. Tumorwachs

20 sowie beim Mann die prostatistische Harnröhre. Tumorwachstum, Tumorzahl und Tumorlokalisation werden exakt dokumentiert. Für das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms, speziell eines Cis, ist das **zystoskopische** Bild nicht immer beweisend. In Zweifelsfällen ist daher die weitere zytologische oder histologische Abklärung durch transurethrale Resektion bzw. kalte Biopsie indiziert.

21 e Röntgenaufnahme vor transurethraler Resektion, bei Verdacht auf lokal fortgeschrittenen Tumor oder metastasierender Erkrankung zur Beurteilung der Tumorausbreitung. 2.5.2.2. Urinzytologie Bei **zystoskopisch** diagnostiziertem Harnblasenkarzinom ist die exfoliative Urin- oder Spülzytologie keine obligate prätherapeutische Untersuchung. Einzig bei dem Verdacht auf das Vorliegen eines Cis ist

22 oft schwer zu erkennen ist, wird in der Praxis die Spülzytologie unmittelbar vor der Elektroresektion oder Laserkoagulation durchgeführt. Die zytologische Untersuchung ergänzt den Befund der **Zystoskopie** demgemäß speziell beim Cis. Die Sensitivität ist hier abhängig vom Tumorgrad. Gut differenzierte Tumoren werden in >50% urinzytologisch nicht erkannt. Falsch positive Ergebnisse ergebe

23 Iten Biopsie flacher urothelialer Läsionen, die mit dem bloßen Auge schwer oder nicht erkennbar sind. Hierzu wird 1,5 g ALS, gelöst in 50 ml einer 1,4 % Natriumbicarbonatlösung, 2 Stunden vor der **Zystoskopie** intravesikal instilliert. Die Fluoreszenzanregung erfolgt mittels blauvioletttem Licht ( $\lambda = 375 - 440 \text{ nm}$ ). Die Fluoreszenz kann mit dem bloßen Auge unter Verwendung eines gelben Langp

24 ung erfolgt mittels blauvioletttem Licht ( $\lambda = 375 - 440 \text{ nm}$ ). Die Fluoreszenz kann mit dem bloßen Auge unter Verwendung eines gelben Langpaßfilters, welcher in das Okular der Beobachtungsoptik des **Zystoskops** eingebaut ist, erkannt werden. 2.5.3. Transurethrale Resektion des Harnblasenkarzinoms Bei oberflächlichen Karzinomen der Harnblase hat die TUR-Blase (TUR-B) sowohl diagnostische al

25 Blasen-schleimhautbiopsie Da Urothelkarzinome der Harnblase häufig mit multifokalen Veränderungen der übrigen Blasen-schleimhaut (Dysplasie oder Cis) einhergehen und diese



Veränderungen **zystoskopisch** nur schwer erkennbar sind, wurde bis vor kurzem eine systematische Probenbiopsie der Blaseschleimhaut ("Mapping") aus Blasenboden, Blasendach, Blasenhinterwand und beiden Seitenwände

26 en führt nicht zu einer weitergehenden prognostischen Information, so dass bei endoskopisch unauffälliger Schleimhaut die systematische Blaseschleimhautbiopsie nicht mehr empfohlen wird. Bei **zystoskopisch** suspekten Schleimhautarealen sowie bei allen zystoskopisch nicht eindeutig zu beurteilenden Tumoren ist das Mapping obligat. Alternativ zur ungezielten Entnahme von Gewebeproben unter

27 ormination, so dass bei endoskopisch unauffälliger Schleimhaut die systematische Blaseschleimhautbiopsie nicht mehr empfohlen wird. Bei zystoskopisch suspekten Schleimhautarealen sowie bei allen **zystoskopisch** nicht eindeutig zu beurteilenden Tumoren ist das Mapping obligat. Alternativ zur ungezielten Entnahme von Gewebeproben unter Weisslicht wird die fluoreszenzkontrollierte Entnahme,

28 on kurativ behandelt bzw. kontrolliert werden. Es ist deshalb wichtig, diese Läsionen frühzeitig zu erkennen und den Patienten regelmäßig und engmaschig nachzusorgen. Dabei steht an 1. Stelle die **Zystoskopie** mit Urinzytologie. In regelmäßigen Intervallen dienen Ausscheidungsurogramme zur Kontrolle möglicher Tumormanifestationen in Nierenbecken und Harnleitern.

29 1. Jahr 2. Jahr 3.-10. Jahr körperliche Untersuchung 33-6 6-12 **Zystoskopie**, Zytologie33-6 6-12 Abdomen-Sonographie33-6 6-12 Ausscheidungsurogramm (Tumoren im oberen Harntrakt?)

30 insbesondere Infiltration der Harnwege und/oder Erythrozyturie Kernspintomographie als Alternative oder Ergänzung zur Spiral-Computertomographie **Zystoskopie** bei Verdacht auf Blaseninfiltration Gynäkologische Untersuchung bei Verdacht auf Infiltration von Vagina, Uterus und Adnexe Sphinktermanometrie vor

31 Lungenmetastasen Bei Sigmakarzinom: Spiral-Computertomographie bei sonographischem Verdacht auf Infiltration der Harnwege oder Erythrozyten im Urin; **Zystoskopie** bei Verdacht auf Harnblaseninfiltration; gynäkologische Untersuchung bei Verdacht auf Infiltration von Uterus und/oder Adnexen. Karzinomdiagnose am end

32 graphie sollte im Rahmen der allgemeinen Routineuntersuchungen erfolgen. Bei besonderen Fragestellungen können auch Computertomographie bzw. Kernspintomographie zum Einsatz kommen. Endoskopie: **Zystoskopie** bzw. Rektoskopie sollen Auskunft über eine Blasen- bzw. Rektumbeteiligung geben. Anstelle von Kolonkontrasteinlauf und Magen-Darm-Passage können ebenso Koloskopie und Gastroskopie zum

#### **urethro\***

N Concordance

1 Serumkreatinin Blutbild und Gerinnung im Rahmen der Operationsvorbereitung Sonographie des Abdomens Nieren Blase **Urethro-Zystoskopie** Die Diagnose eines Harnblasenkarzinoms wird zystoskopisch gestellt. Nicht immer ist das zystoskopische Bild beweisend für das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms.

#### **uretero\***

N Concordance

1 onpolypen. Liegt eine Adenomatosis coli vor, müssen alle Familienmitglieder in die Diagnostik einbezogen werden. Zu fragen ist nach präkanzerösen Bedingungen wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, **Uretero-Sigmoidostomie**, Bestrahlung des Abdomens und Beckens und besonders nach einem bereits früher aufgetretenen kolorektalen Karzinom. Am häufigsten werden folgende Symptome angegeben: Gewichtsv

2 en ist die Nachresektion obligat. Sie erfolgt 1 bis 6 Wochen nach dem Ersteinriff. Bei alleinigem oder assoziiertem Cis der Harnblase ist eine Spülzytologie der Harnleiter, gegebenenfalls eine **Ureteroskopie** indiziert. 2.5.4.2. Ausbreitungsdiagnostik des lokal fortgeschrittenen Harnblasenkarzinoms (T2) Diese Diagnostik ist indiziert, wenn histologisch ein Tumor des Stadiums T2 nachgewi

APÉNDICE IV:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ESPAÑOL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. VARIACIÓN

**oftalmoscopia\***

1 onas en el nervio óptico y las alteraciones en el campo visual. Para su estudio se realizan la tonometría, la **oftalmoscopia** y la campimetría, respectivamente. Además, existen otras pruebas que nos permiten clasificar el glaucoma

**gonioscopia\***

N Concordance

1 entada en el iris que ha estado presente durante muchos años y que sólo ha empezado a crecer recientemente. Con una lámpara de hendidura, **gonioscopia** y fotografía seriada con lámpara de hendidura, el oftalmólogo puede documentar el tamaño y el crecimiento tumoral sin efectuar

2 se encuentra en contacto con la córnea. Para poderlo visualizar con mayor claridad es necesario practicar una **gonioscopia**, que muchas veces debe posponerse hasta recuperar la transparencia corneal. Actualmente se emplea

3 profundidad de cámara anterior, la posición del cristalino y sus características. Esta técnica, junto con la **gonioscopia** y el examen con lámpara de hendidura, están demostrando gran valor como pruebas de cribado de paci

4 **Gonioscopia** COMENTARIO El diagnóstico del glaucoma se basa en tres pilares: el aumento de

5 isten otras pruebas que nos permiten clasificar el glaucoma en sus diversos tipos. Una de estas pruebas es la **gonioscopia**, que consiste en la observación del ángulo iridosclerocorneal. El recorrido del humor acuoso se in

6 se pueden clasificar los glaucomas en pretrabeculares, trabeculares y postrabeculares. La **gonioscopia** estudia la zona del trabeculum y mediante ella se puede observar si existe alguna anomalía en esta

7 del ángulo, éste no es visible de manera directa, por lo que se debe observar siempre interponiendo lentes de **gonioscopia**, que se colocan en contacto con el ojo tras la instilación de anestesia tópica y usando generalmen

8 lmente una sustancia lubricante (hidroxipropilmetilcelulosa) que asegura el contacto corneal. Estas lentes de **gonioscopia** hay de diferentes tipos y su funcionamiento se basa en el uso de espejos o de prismas. Aparte de l

**renoscopi\***

N Concordance

1 ofrece otras posibilidades terapéuticas y diagnósticas, como la toma selectiva de orina para citología, la biopsia-cepillado retrógrada, la ureteroscopia retrógrada, la **renoscopia** retrógrada y la dilatación retrógrada con balón de estenosis ureterales.

**nasofaringoscopi\***

N Concordance

1 cuidadosamente la posibilidad de que exista un tumor primario en el tracto aerodigestivo como en los siguientes procedimientos: 2. **Nasofaringoscopia**, laringoscopia, broncoscopia y esofagoscopia directa, con biopsia de cualquier área sospechosa. Si no se encuentra n

**laringoscopia\***

N Concordance

2 ficos. Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología de que la lesión es cancerosa. Se lleva a cabo una esofagoscopia junto con una **laringoscopia** durante la evaluación de la cavidad oral y la faringe. Esto se realiza debido a que existe una incidencia aproximadamente del 10% al

3 posibilidad de que exista un tumor primario en el tracto aerodigestivo como en los siguientes procedimientos: 2. Nasofaringoscopia, **laringoscopia**, broncoscopia y esofagoscopia directa, con biopsia de cualquier área sospechosa. Si no se encuentra ninguna lesión sospe

4 **Laringoscopia** una puesta al día La laringoscopia es, como su nombre indica (del gr  
5 Laringoscopia: una puesta al día La **laringoscopia** es, como su nombre indica (del griego  
lárygx, -yggos, laringe y skopeîn,  
6 se realiza la visualización de la laringe se ha distinguido clásicamente entre la **laringoscopia**  
indirecta y directa, pero la introducción de las técnicas endoscópicas  
7 términos equívocos. Para evitar la confusión en la nomenclatura nos referimos a la **laringoscopia**  
indirecta al considerar la exploración con el espejo laríngeo, endoscopia  
8 laríngeo, endoscopia laríngea si se utilizan sistemas de lentes o fibra óptica y **laringoscopia**  
directa cuando se coloca instrumentalmente el plano glótico en el eje  
9 coloca instrumentalmente el plano glótico en el eje visual. **LARINGOSCOPIA INDIRECTA**  
Esta técnica permite obtener imágenes de la laringe median  
10 ington presentó un sistema rudimentario de "glotoscopia"<sup>1,2</sup>, pero el origen de la **laringoscopia**  
indirecta se atribuye al profesor de canto Manuel García que, en 1854, logró  
11 licó en 1858 la luz reflejada en un espejo frontal perforado dando lugar así a la **laringoscopia**  
indirecta moderna<sup>3</sup> en la que se aplican diferentes sistemas de ilumi  
12 frontal de Clar; fotóforos de luz halógena, luz fría, etc. La **laringoscopia** indirecta se realiza con  
el paciente sentado frente al examinador con la  
13 izquierda y de anterior a posterior (fig. 2). La mayoría de pacientes toleran la **laringoscopia**  
indirecta sin necesidad de anestesia. Su aplicación en caso de preci  
14 tetracaína), pero puede producir náuseas y reacciones alérgicas. La **laringoscopia** indirecta es  
una técnica fácilmente asequible, da una buena imagen de la  
15 cámara que la transfiere a un sistema de vídeo. Se realiza de forma similar a la **laringoscopia**  
indirecta y tiene en general sus mismos inconvenientes. Puede asocia  
16 rapéuticas, básicamente biópsicas. La comparación de las características entre la **laringoscopia**  
indirecta y las técnicas endoscópicas en el diagnóstico de la patología  
17 alteración vocal, la reeducación ortofónica y el seguimiento del paciente. **LARINGOSCOPIA**  
**DIRECTA** La laringoscopia directa se basa en la utilización de espátu  
18 seguimiento del paciente. **LARINGOSCOPIA DIRECTA** La **laringoscopia** directa se basa en la  
utilización de espátulas o tubos que suprimen el  
19 lo que debe formar el rayo visual desde la boca hasta la laringe. El origen de la **laringoscopia**  
directa se inició a finales del siglo xix con la presentación de la  
20 laringoscopia directa se inició a finales del siglo xix con la presentación de la **laringoscopia** en  
suspensión por Killian, a la que Kirstein en 1895 adaptó la luz eléctrica.  
21 la anestesia (Magill, Rowbotham) como de la laringología (Brunings, Jackson), la **laringoscopia**  
directa recibió el impulso definitivo por Kleinsasser en 1964 al introducir  
22 el microscopio. Existen diversos métodos para la realización de la **laringoscopia** directa: a) con  
espátula laríngea y b) microlaringoscopia. La laring  
23 la laringoscopia directa: a) con espátula laríngea y b) microlaringoscopia. La **laringoscopia** con  
espátula se utiliza en la intubación laringotraqueal en anestesia  
24 quirúrgica debido al desarrollo de las técnicas endoscópicas. La **laringoscopia** directa se practica  
bajo anestesia general, habitualmente con intubación  
25 decúbito supino y con la cabeza ligeramente flexionada. Se introduce el tubo de **laringoscopia**  
(fig. 1) hasta el vestíbulo laríngeo tras lo que debe ser estabilizado y  
26 cirugía convencional como con láser. **CONCLUSIONES** Los diversos tipos de **laringoscopia**  
son complementarios y no excluyentes, de forma que cada uno de ellos  
27 ringólogos, foniatras, anestesistas. Los importantes avances técnicos hacen de la **laringoscopia**  
una exploración en constante evolución, ya sea en la aparición de nuevos

#### **broncoscopi\***

N Concordance  
1 **CANCER OCULTO DE PULMON DE CELULAS NO PEQUENAS** En el cáncer oculto de  
pulmón, un examen de diagnóstico incluye con frecuencia rayos X del tórax y **broncoscopia** selectiva  
con un seguimiento estrecho (p. ej., con exploración por tomografía computarizada), cuando sea  
necesario, para definir el s  
2 en que se presenta el tumor primario). El esófago es el sitio donde se descubren con mayor  
frecuencia segundos tumores primarios subclínicos. La **broncoscopia** no es tan productiva en la  
definición de un segundo tumor primario como lo es la radiografía del tórax y, por lo tanto, no es obligat

3 que exista un tumor primario en el tracto aerodigestivo como en los siguientes procedimientos:  
2. Nasofaringoscopia, laringoscopia, **broncoscopia** y esofagoscopia directa, con biopsia de cualquier área sospechosa. Si no se encuentra ninguna lesión sospechosa, deben ef

4 tema LIFE es más sensible en detección de cáncer pulmonar El sistema LIFE (lung imaging fluorescence endoscope) proporciona mayor precisión que la **broncoscopia** convencional, dada su sensibilidad para la detección precoz del cáncer de pulmón. Según la experiencia recabada por José Pablo Díaz-Ji

5 utilizando un fibrobroncoscopio convencional, se capta y procesa la autofluorescencia de la mucosa bronquial. "La especificidad es la misma que la **broncoscopia** convencional. Sin embargo, su mayor sensibilidad debe terminar de perfeccionarse por la existencia todavía de falsos positivos", expl

6 e cáncer de pulmón, de laringe o también de vías digestivas altas. Continúa siendo, no obstante, una prueba complementaria a la radiología y a la **broncoscopia** "Su utilidad es evidente, ya que permite identificar un 90 por ciento de los carcinomas in situ en el pulmón, lo que incide directamen

7 fases iniciales y actuar con mayores posibilidades de prolongar la vida del paciente", según el experto. La **broncoscopia** con escáner y tomografía axial computerizada (TAC) permite identificar también lesiones susceptibles de un tratamiento

8 ncoscopia Se trata de una técnica básica para el diagnóstico de lesiones endobronquiales. Cuando se combina la **broncoscopia** con la TC, el lavado, el cepillado y la biopsia se consigue un diagnóstico definitivo en un 60% d

9 mores por lo general son pequeños (1 a 2 cm). El diagnóstico en general se establece mediante una biopsia por **broncoscopia**. En aproximadamente un 1-2% de los casos metastatizan. Tejido adiposo Lipoma.

10 quiales benignos. La resección es fácil y raramente recurren. En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con **broncoscopio** rígido y anestesia general. Las complicaciones más frecuentes son hipoxemia, alteraciones cardiovasculares

11 ento aéreo que presenta una radiografía de tórax inexpresiva, debe realizarse una **broncoscopia** y/o una tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar. Los carcinoides

12 que el primero es captado selectivamente por el SK, y el segundo por la neumonía por Pneumocystis carinii. La **broncoscopia** y la tomografía computarizada también pueden ayudar a establecer el diagnóstico de estos procesos

#### **fibrobroncoscopi\***

N Concordance

1 ste método permite diagnosticar el carcinoma in situ con una sensibilidad del 90 por ciento". A través de un láser de helio-cadmio y utilizando un **fibrobroncoscopio** convencional, se capta y procesa la autofluorescencia de la mucosa bronquial. "La especificidad es la misma que la broncoscopia

2 La **fibrobroncoscopia** ha de ser prueba obligatoria Las nuevas técnicas de diagnóstico precoz con láser, como la fibrobroncosc

3 excrementos de paloma ni de periquito. Inmunoglobulinas y factores del complemento: normales. **Fibrobroncoscopia**: laringe, tráquea y carina con signos inflamatorios. No se aprecian otras alteraciones. Cito

4 producir hemoptisis. Tomografía simple de un hamartoma traqueal (fibrolipoma), detectado mediante **fibrobroncoscopia** a raíz de un episodio de expectoración hemoptoica. (Servicio de Radiología. Hosp

5 heterogeneidad de la lesión por la presencia de tejido graso y tejido fibroso. **Fibrobroncoscopia** Se trata de una técnica básica para el diagnóstico de lesiones endobronquiales. Cuando se com

6 ad es extremadamente rara. Aproximadamente un caso sobre 8.000 exploraciones, comparable a la que presenta la **fibrobroncoscopia** con biopsia. La morbilidad también es infrecuente. Varía según series entre el 0,04% y el

#### **mediastinoscopi\***

N Concordance

1 T). Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor. La **mediastinoscopia**, la mediastinotomía anterior y la torascopia son los procedimientos favoritos cuando otras formas de diagnóstico fracasan. La tor

2 una TAC. Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación ligera y anestesia local antes de pasar a procedimientos más invasores. La **mediastinoscopia**, mediastinotomía anterior o torascopia son procedimientos de elección cuando otras modalidades diagnósticas no tienen éxito en

**toracoscopi\***

N Concordance

- 1 la pleura a menudo no ayudan. Puede ser especialmente difícil diferenciar el mesotelioma de un adenocarcinoma en muestras pequeñas de tejido. La **toracoscopia** puede ser valiosa para la obtención de especímenes adecuados de tejido con fines de diagnóstico.[1] El examen del tumor macroscópico
- 2 cabo utilizando sedación ligera y anestesia local antes de pasar a procedimientos más invasores. La mediastinoscopia, mediastinotomía anterior o **toracoscopia** son procedimientos de elección cuando otras modalidades diagnósticas no tienen éxito en establecer el diagnóstico. Raramente se indic
- 3 **Toracoscopia** RESUMEN HISTÓRICO En 1902 Georg Kellin de Dresden observa la cavidad pleural en
- 4 ado cámara de neumotórax. En 1910 Jacobeus, director del Hospital Sarafimer de Estocolmo, practica la primera **toracoscopia** en el ser humano mediante un citoscopio de visión directa. Tras las primeras observaciones, llama
- 5 ocauterio, Jacobeus logra los primeros éxitos, y dicha técnica será conocida como "operación de Jacobeus". La **toracoscopia** pasa de ser una exploración diagnóstica a convertirse en una técnica terapéutica. En ocasiones, s
- 6 te el bajo rendimiento de las biopsias pleurales "a ciegas" sobre esta última patología, los defensores de la **toracoscopia** se imponen poco a poco sobre sus detractores. En 1970 ve la luz la primera publicación en nuestro
- 7 rial en la revista Chest de 1979, llamando la atención a los especialistas americanos sobre el resurgir de la **toracoscopia** en el viejo continente como método diagnóstico y terapéutico. Desde entonces, las publicaciones s
- 8 utico. Desde entonces, las publicaciones se multiplican y surgen los primeros congresos monográficos sobre la **toracoscopia**: Marsella 1980, Barcelona 1981 y Berlín 1987. El instrumental se modifica hasta llegar en la actu
- 9 día son más numerosas, así como sus indicaciones. TÉCNICA Aunque para la práctica de la **toracoscopia** diagnóstica sólo es necesario un trocar, una óptica y unas pinzas de biopsia, las numerosas indic
- 10 o de los orificios. El drenaje será retirado a las 48-72 horas en los pacientes a los que se les practicó una **toracoscopia** diagnóstica con o sin pleurodesis, y al resto de pacientes cuando se considere oportuno ante la a
- 11 los empiemas. RESULTADOS La diversidad de modificaciones utilizadas en relación a la **toracoscopia** hacen difícil unificar los resultados; todos ellos se aproximan al 100% de éxitos. La rentabilidad

**esofagoscopi\***

N Concordance

- 1 onfirmación por biopsia e histopatología de la lesión como cancerosa. Durante la evaluación de la cavidad oral y de la faringe se lleva a cabo la **esofagoscopia** junto con laringoscopia. Esto se hace porque hay aproximadamente un 10% a 15% de incidencia de tumores primarios sincrónicos (ocurre
- 2 utilizando diagramas específicos. Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología de que la lesión es cancerosa. Se lleva a cabo una **esofagoscopia** junto con una laringoscopia durante la evaluación de la cavidad oral y la faringe. Esto se realiza debido a que existe una incidenci
- 3 tumor primario en el tracto aerodigestivo como en los siguientes procedimientos: 2. Nasofaringoscopia, laringoscopia, broncoscopia y **esofagoscopia** directa, con biopsia de cualquier área sospechosa. Si no se encuentra ninguna lesión sospechosa, deben efectuarse biopsia

**\*esofago\***

N Concordance

- 1 onfirmación por biopsia e histopatología de la lesión como cancerosa. Durante la evaluación de la cavidad oral y de la faringe se lleva a cabo la **esofagoscopia** junto con laringoscopia. Esto se hace porque hay aproximadamente un 10% a 15% de incidencia de tumores primarios sincrónicos (ocurre
- 2 metástasis a los ganglios linfáticos. Otra evaluación de diagnóstico además de la panendoscopia incluye tomografía computarizada, angiografía, **cinofaringoesofagograma** y otras modalidades que pueden utilizarse como sea indicado. Como regla general para el pronóstico, al proceder uno a
- 3 utilizando diagramas específicos. Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología de que la lesión es cancerosa. Se lleva a cabo una **esofagoscopia** junto con una laringoscopia durante la evaluación de la cavidad oral y la faringe. Esto se realiza debido a que existe una incidenci

4 zar, según las indicaciones, otras evaluaciones de diagnóstico además de la panendoscopia, incluyendo tomografía computarizada, angiografía, cine **faringoesofagograma** y otras modalidades.[1] Generalmente a medida que uno procede anatómicamente desde los labios posteriormente a la hipofaring

5 tumor primario en el tracto aerodigestivo como en los siguientes procedimientos: 2. Nasofaringoscopia, laringoscopia, broncoscopia y **esofagoscopia** directa, con biopsia de cualquier área sospechosa. Si no se encuentra ninguna lesión sospechosa, deben efectuarse biopsi

#### **gastroscopi\***

N Concordance

1 ha comercializado una minisonda de 3 mm de diámetro que puede introducirse a través del canal operativo de un **gastroscopio** y posibilita, por tanto, realizar endoscopia convencional y ecoendoscopia durante la misma exploración.

2 esto frecuentemente mediante tacto rectal y rectoscopia y los gástricos, mediante **gastroscopia**. La arteriografía ha sido la mejor técnica para descubrir inicialmente

3 carcinoma gástrico, pudiendo localizarse el carcinoma en la base de la úlcera. La **gastroscopia**, en estos casos, puede ser negativa, al igual que la biopsia endoscópica

#### **proctoscopi\***

N Concordance

1 Si es necesario, el examen puede llevarse a cabo bajo anestesia. Para clasificar a la paciente en etapas, se utilizan los siguientes métodos, dependiendo de la necesidad: cistoscopia, **proctoscopia**, examen de radiografía de los pulmones y urografía intravenosa. Las sospechas de complicación de la vejiga o el recto deberán confirmar

#### **rectoscopi\***

N Concordance

1 es, se ha estudiado hasta ahora por medio de técnicas radiológicas (enema opaco, enema de doble contraste) y endoscópicas (**rectoscopia**, colonoscopia). "Las primeras no permiten detectar lesiones de pequeño tamaño y las segundas, con mayor rentabilidad

2 Los carcinoides rectales pueden ser puestos de manifiesto frecuentemente mediante tacto rectal y **rectoscopia** y los gástricos, mediante **gastroscopia**. La arteriografía ha sido la mejor técnica para descubrir inicialmente los pequeños tumores intestinales, mientras que la TAC pone de manifiesto la

#### **sigmoidoscopi\***

N Concordance

1 El CXE con resultados positivos, requiere una segunda investigación; a su vez es levemente más caro que la **sigmoidoscopia**. Un solo estudio enfocó las posibles complicaciones y se halló un índice de una perforación en 25.000 estudios y una mortalidad en

2 en una encuesta telefónica realizada en 1997 y que ha incluido a 52.754 estadounidenses mayores de 50 años. **Sigmoidoscopia** Cerca del 40 por ciento de los sujetos mayores de 50 años encuestados se había sometido a pruebas de sangre oculta en heces y sólo el 42 por ciento de estos individuos se había efectuado una sigmoidoscopia

3 se había sometido a pruebas de sangre oculta en heces y sólo el 42 por ciento de estos individuos se había efectuado una **sigmoidoscopia** para hallar pólipos potencialmente precancerosos. Los científicos han señalado que las personas con seguro médico y

4 puede detectar neoplasias de colon avanzadas en adultos asintomáticos. Muchas de estas neoplasias no pueden localizarse mediante **sigmoidoscopia**. Esta es la principal conclusión de un estudio dirigido por David A. Lieberman, del Centro Médico de Veteranos

5 Servicios de Medicina Preventiva de la Task Force emplean como técnicas de cribaje los test de sangre oculta en heces o la **sigmoidoscopia**. El papel de la colonoscopia como instrumento para la detección del cáncer colorrectal no estaba muy claro.

6 El test SOH y la **sigmoidoscopia** son útiles en detección precoz del cáncer colorrectal. Los últimos estudios multicéntricos indican que la tasa de mortalidad del cáncer colorrectal en Europa

7 Virgen Macarena, de Sevilla, "las evidencias más recientes apuntan hacia la eficacia contrastada del test de sangre oculta en heces (SOH) y de la **sigmoidoscopia** flexible en el trabajo diagnóstico tumoral y de pólipos". Para el especialista, las recomendaciones para la prevención en atención primaria de los riesgos fundamentan

8 Universidad de Cleveland, envió un cuestionario a los médicos de primaria para evaluar el uso del test de sangre oculta en las heces (FOBT) y la **sigmoidoscopia**. La mitad de los médicos -884- respondieron a la encuesta, en la cual incluyeron una serie de historias clínicas. Comorbilidad De acuerdo con los

9 en la cual incluyeron una serie de historias clínicas. Comorbilidad De acuerdo con los investigadores, el test FOBT se usa más a menudo que la **sigmoidoscopia** y en pacientes inapropiados. Por ejemplo, "un número significativo de médicos recomiendan FOBT para pacientes terminales en los que

10 recomendaciones de los médicos para el screening estaban inversamente relacionadas con la comorbilidad de los pacientes, particularmente para la **sigmoidoscopia**. "Pero, incluso en pacientes sin comorbilidad, menos de la mitad de los médicos recomiendan la sigmoidoscopia", según el estudio aparecido en

11 de los pacientes, particularmente para la sigmoidoscopia. "Pero, incluso en pacientes sin comorbilidad, menos de la mitad de los médicos recomiendan la **sigmoidoscopia**", según el estudio aparecido en Archives of Internal Medicine. "Los resultados sugirieron que, para alcanzar los objetivos de población

12 de los médicos sobre screening", señala el equipo del doctor Cooper, particularmente a la luz de la evidencia de los beneficios obtenidos con la **sigmoidoscopia**. En el estudio de Archives of Family Medicine otro grupo de investigadores afirma que el test del antígeno específico de próstata (PSA) en primaria está sobreutilizado.

13 puede detectar neoplasias colónicas avanzadas asintomáticas en adultos, teniendo en cuenta que muchas de estas neoplasias no se descubrirían con el **sigmoidoscopia**.

14 función de su eficacia, su relación coste-efectividad y la aceptación del paciente: detección de sangre en heces, **sigmoidoscopia** flexible, exploración radiográfica y colonoscopia. La sangre en heces puede llevar inicialmente a un diagnóstico de cáncer colorrectal y

15 diagnóstico precoz en este tipo de tumor, a partir de los 50 años: detección de sangre en heces una vez al año y **sigmoidoscopia** flexible cada cinco años después de la primera revisión; examen total del colon mediante un enema de doble contraste de bario cada cinco o diez años;

16 realizar la detección de sangre en heces de manera rutinaria, dada su baja sensibilidad, aunque sí es preceptivo realizarla de forma previa a la **sigmoidoscopia** flexible, el enema de doble contraste de bario o la colonoscopia. Cáncer de pulmón

17 del test de SOH pero los intervalos de confianza son muy amplios como para demostrar la efectividad del cribado13. **Sigmoidoscopia** flexible (RSF) La sigmoidoscopia flexible de 65 cm detecta el 50-60 de los CCR.

18 efectividad del cribado13. Sigmoidoscopia flexible (RSF) La **sigmoidoscopia** flexible de 65 cm detecta el 50-60% de los CCR. A pesar de que la técnica con

19 No existen ensayos clínicos específicamente diseñados para valorar la efectividad del cribado mediante **sigmoidoscopia** en la reducción de la mortalidad por CCR. Sólo se dispone de un estudio controlado

20 recomienda el cribado del CCR para todas las personas mayores de 50 años (grado de recomendación B) con SOH y/o **sigmoidoscopia** sin encontrar evidencia suficiente para aconsejar una de ellas o las dos.

21 Hay evidencia para aconsejar el test de SOH anualmente pero se desconoce la periodicidad óptima en el caso de la **sigmoidoscopia**. No se conoce la edad para dejar de hacer las pruebas. En personas con antecedentes familiares

#### **rectosigmoidoscopi\***

N Concordance

1 El screening colonoscópico puede detectar neoplasias colónicas avanzadas asintomáticas. La localización topográfica de las neoplasias hace que en muchas ocasiones la **rectosigmoidoscopia** no sea efectiva como método diagnóstico, siendo necesario recurrir a pruebas colonoscópicas.

2 el examen digital rectal (EDR), la prueba de detección de sangre oculta en heces (SOH), la **rectosigmoidoscopia** (RS), la colonoscopia y el enema opaco con doble contraste (EODC).

3 18 meses, consiguiendo un porcentaje alto de adherencia (69%). Se realizaron bien **rectosigmoidoscopia** o enema opaco con doble contraste en el 3,8% en el primer grupo de cribado

4 personas a las que se les realizó polipectomía con colonoscopia (OR, 0,61; IC del 95%: 0,48-0,77) o **rectosigmoidoscopia** (OR, 0,48; IC del 95%: 0,35-0,66) en comparación con el grupo control.

**colonoscopi\***

N Concordance

1 Presenta una mayor eficacia diagnóstica que el examen sigmoidoscópico La **colonoscopia** detecta neoplasia avanzada en sujetos asintomáticos El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte en Estados

2 publica hoy en The New England Journal of Medicine, un equipo de investigadores norteamericanos defiende la utilidad de la **colonoscopia** para detectar neoplasias avanzadas en sujetos asintomáticos. El estudio selectivo mediante colonoscopia puede

3 la colonoscopia para detectar neoplasias avanzadas en sujetos asintomáticos. El estudio selectivo mediante **colonoscopia** puede detectar neoplasias de colon avanzadas en adultos asintomáticos. Muchas de estas neoplasias no pueden l

4 Force emplean como técnicas de cribaje los test de sangre oculta en heces o la sigmoidoscopia. El papel de la **colonoscopia** como instrumento para la detección del cáncer colorrectal no estaba muy claro. Partiendo de esta premisa, los

5 cáncer colorrectal no estaba muy claro. Partiendo de esta premisa, los investigadores llevaron a cabo, en 13 centros de veteranos, **colonoscopias** para determinar la prevalencia y localización de las neoplasias avanzadas y el riesgo de neoplasia proximal avanzada en

6 lasias proximales avanzadas no presentaba adenomas distales. Por ello, los autores destacan la eficacia de la **colonoscopia** para identificar tumores avanzados de colon en sujetos asintomáticos. Asegurar campañas La dificu

7 deberían someterse a un estudio de todo el intestino a partir de los 50 años de edad. Estos programas de cribaje son, en opinión del autor, más eficaces si utilizan para la exploración **colonoscopia** en lugar de enema de bario, según han mostrado los resultados de diversos estudios comparativos.

8 los test de SOH pueden identificar cierta proporción de casos, la sensibilidad del test es mediocre y su especificidad no muy alta: la solución consiste en efectuar muchas **colonoscopias** en personas sanas y, dado que la adhesión poblacional varía mucho, hay que realizar un esfuerzo específico para incrementarla.

9 realización de estudios fiables atendiendo a algunas variables, como la prevalencia de cáncer colorrectal, adherencia al test de SOH, SOH positivos a la **colonoscopia**, porcentajes de adenomas y cáncer colorrectal en individuos con colonoscopia y porcentaje de este tumor no metastásico en los casos

10 de cáncer colorrectal, adherencia al test de SOH, SOH positivos a la colonoscopia, porcentajes de adenomas y cáncer colorrectal en individuos con **colonoscopia** y porcentaje de este tumor no metastásico en los asos detectados por rastreo y no rastreo". Herrerías ha matizado que, desde luego,

11 colonoscopia y porcentaje de este tumor no metastásico en los casos detectados por rastreo y no rastreo". Herrerías ha matizado que, desde luego, la **colonoscopia** es el procedimiento diagnóstico de elección para aquellos casos con un test positivo, aunque ha destacado la vía oncogénica para afin

12 El Hospital de San Pablo compara resultados con la técnica convencional La **colonoscopia** virtual ya se usa en cáncer colorrectal y poliposis Navegar a través del colon en busca de pólipos o lesiones tumorales

13 busca de pólipos o lesiones tumorales y hacerlo de manera inocua para el paciente es ya una realidad que lleva por nombre **colonoscopia** virtual. La nueva técnica ha llegado procedente de Estados Unidos a España. En el Hospital de San Pablo, de B

14 están comparando sus resultados con la técnica convencional sino que también buscan ya nuevas aplicaciones. El uso de la **colonoscopia** virtual llegará a ser convencional en la detección y control de lesiones polipoideas, ya sea como método de screening en pacientes

15 se ha estudiado hasta ahora por medio de técnicas radiológicas (enema opaco, enema de doble contraste) y endoscópicas (rectoscopia, **colonoscopia**). "Las primeras no permiten detectar lesiones de pequeño tamaño y las segundas, con mayor rentabilidad diagnóstica y posibilidad de tomar muestras biópsicas

16 indormado la especialista. Hace ahora seis años que se comenzó a trabajar en Estados Unidos con una nueva técnica, la **colonoscopia** virtual, que consiste en obtener datos volumétricos (en dos dimensiones) del colon a través de una exploración abdominal realizada con un equipo de tomografía computerizada espiral

17 un software específico que permite la navegación simulada por el interior del colon, imitando la visión endoluminal de la **colonoscopia** convencional. Proceso lento La exploración del paciente, basada en dosis de radiación ionizante inferiores a las recibidas



18 como exploración útil en la valoración del colon proximal a una lesión obstructiva, dado que en muchos de estos casos el **colonoscopia** no puede franquear la obstrucción producida por la lesión. Ahora bien, "por el momento las lesiones planas o las de tamaño inferior a los 5 milímetros

19 en una muestra de medio centenar de casos. "En este estudio partimos de la tesis de que los enfermos jóvenes que se tienen que someter cada año a **colonoscopia** convencional podrían beneficiarse de esta prueba indicada como screening previo a la exploración invasiva".

20 las seis pruebas se les ofreció la posibilidad de llevar a cabo una investigación diagnóstica que incluía la práctica de **colonoscopia**. El cribado se realizó entre 1976 y 1982 y de nuevo entre 1986 y 1992. Además, se ha llevado a cabo un seguimiento de los participantes en un estudio

21 de un familiar con esta enfermedad o un familiar que la desarrolló antes de los 50 años deberían someterse a una **colonoscopia** a los 40", explicó el doctor.

22 estudio que publica la revista New England Journal of Medicine (N Engl J Med 2000;343:162-8.) sobre el papel de la **colonoscopia** en el screening del cáncer colorectal. El estudio se realizó en 13 Centros Médicos de Asistencia para Veteranos a más de tres mil pacientes

23 con alto grado de displasia o cáncer invasivo. En los pacientes con más de una lesión se escogía para la clasificación la más avanzada. La **colonoscopia** mostró lesiones neoplásicas en el 37.5 por ciento de los pacientes, adenomas superiores a los 10 centímetros de diámetro

24 baje, con una disminución significativa en las rondas sucesivas a partir de los 70 años. Por lo que respecta a la **colonoscopia**, la información es más limitada, según Rius, con una participación entre el 12 y el 70 por ciento. Si

25 ede ser reducido en gran medida mediante la realización de una prevención secundaria adecuada, haciendo uso de la **colonoscopia** periódica - cada 2 ó 3 años - como técnica de screening para la detección precoz de lesiones premalignas

26 d y la aceptación del paciente: detección de sangre en heces, sigmoidoscopia flexible, exploración radiográfica y **colonoscopia**. La sangre en heces puede llevar inicialmente a un diagnóstico de cáncer colorrectal o de pólipos de

27 primera revisión; examen total del colon mediante un enema de doble contraste de bario cada cinco o diez años; una **colonoscopia** cada diez años. Por otra parte, no se recomienda realizar la detección de sangre en heces de manera

28 es preceptivo realizarla de forma previa a la sigmoidoscopia flexible, el enema de doble contraste de bario o la **colonoscopia**. Cáncer de pulmón Con relación al cáncer de pulmón no se recomienda ningún tipo de

29 eba de detección de sangre oculta en heces (SOH), la rectosigmoidoscopia (RS), la **colonoscopia** y el enema opaco con doble contraste (EODC). Examen digital rectal

30 ligó a realizar pruebas de mala aceptabilidad (en el estudio citado se realizaron **colonoscopias** al 38% de los pacientes con cribado anual y al 28% de los pacientes con

31 riesgos para el paciente. El diseño del estudio no permite evaluar en qué medida la **colonoscopia** contribuyó a la disminución de la mortalidad por cáncer. No hubo diferencias

32 y el 38% en el estudio británico completaron el plan de cribado: el porcentaje de **colonoscopias** realizadas en el grupo sometido a cribado fue en torno al 40%.

33 go de padecer un CCR proximal. Una RSF positiva obligaría a la realización de una **colonoscopia**, detectándose el 30% de los cánceres proximales.

34 único ensayo clínico no aleatorizado<sup>12</sup>, ya comentado en anteriores apartados. **Colonoscopia** Se considera fundamentalmente una prueba de confirmación diagnóstica

35 Sin embargo, hasta la fecha no existen estudios que evalúen si el cribado con **colonoscopia** reduce la incidencia y/o la mortalidad por CCR en la población con mo

36 obtienen menos casos de CCR en personas a las que se les realizó polipectomía con **colonoscopia** (OR, 0,61; IC del 95%: 0,48-0,77) o rectosigmoidoscopia (OR, 0,48; IC del 95%:

37 en marcha en los EE.UU. un estudio amplio que pretende evaluar la eficacia de la **colonoscopia**. Enema opaco con doble contraste (EODOC) No hay estudios que evalúen

38 detectar cánceres y pólipos grandes con sensibilidad ligeramente inferior que la **colonoscopia** y mejor que el test de SOH o la RSF. Comentario sobre las pruebas de

39 spondientes del seguimiento periódico, los que se derivan de la realización de la **colonoscopia** en el caso de una prueba de cribado positiva y de la complicación que

40 bidos a este tipo de cáncer, puesto que hoy se dispone de métodos de diagnóstico precoces y eficaces, como la **colonoscopia** y el test de hemocultivo, capaz de detectar la existencia de sangre oculta en las heces. La venta

41 la Dirección General de Sanidad coincide con la Conferencia de Consenso. La cuestión de la **colonoscopia** es más delicada, y por supuesto no puede ni debe generalizarse, ya que se trata de un examen que

42 a ciertos riesgos. Según un estudio de 1966, realizado por la Sociedad Francesa de Endoscopias, sobre 276.000 **colonoscopias**, se produjeron 84 perforaciones -74% de las mismas a nivel del sigmoideo-, es decir un 0,03% y se

43 pacientes que sufrieron una perforación, un 71,7% presentaba una patología colónica. Otro riesgo real de la **colonoscopia** es la infección de la hepatitis C y, actualmente, del virus del sida, contaminaciones debidas funciones

44 estudios norteamericanos-, al empleo de la misma jeringuilla para anestesiarse a 2 pacientes -hoy día el 92% de **colonoscopias** se realizan con anestesia-. Aunque parezca increíble, algunos establecimientos todavía hoy no re

### **laparoscopi\***

N Concordance

1 rio, con más de 5.000 resultados falso-positivos y más de 160 complicaciones derivadas de **laparoscopias** innecesarias. La modalidad Transvaginal (UST) presenta la mayor sensibilidad

2 procedimiento no es aconsejable para el screening poblacional de rutina. **Laparoscopia** o laparotomía: frecuentemente son necesarias para la confirmación diagnóstica.

3 más controvertidos. Se acepta que el estadiaje del cáncer de endometrio tiene que ser quirúrgico convencional o mediante **laparoscopia**: "Una vez obtenidas las muestras y tras la extirpación del útero obtenemos un correcto estadiaje", ha precisa

4 lidad de estadiaje. Algunos grupos también realizan el estadiaje por la vía laparotómica tradicional y hay quien emplea la **laparoscopia**, ya que permite acceder a las áreas anatómicas. La linfadenectomía aporta un rendimiento clínico elevado, con

5 icación de los dos sistemas citados, además de una mayor educación sanitaria, permitirán detectar tumores de próstata en hombres de 50 a 60 años. **Laparoscopia** El urólogo también se ha referido a la aplicación de la laparoscopia en las enfermedades suprarrenales que producen los trastornos end

6 anitaria, permitirán detectar tumores de próstata en hombres de 50 a 60 años. Laparoscopia El urólogo también se ha referido a la aplicación de la **laparoscopia** en las enfermedades suprarrenales que producen los trastornos endocrinas. "Hasta ahora, las intervenciones sobre glándulas suprarrena

7 n los trastornos endocrinas. "Hasta ahora, las intervenciones sobre glándulas suprarrenales se realizaban por cirugía tradicional. El cambio a la **laparoscopia** ha supuesto mayores ventajas, especialmente en el postoperatorio". Así, ha explicado que los pacientes operados mediante laparoscopia

8 cambio a la **laparoscopia** ha supuesto mayores ventajas, especialmente en el postoperatorio". Así, ha explicado que los pacientes operados mediante laparoscopia pueden irse a su domicilio a las 24 o 48 horas de ser intervenidos, mientras que por el método tradicional se tarda entre seis y siete

9 de endometrio con linfadenectomías pélvicas o las histerectomías abdominales con cambio a la vía vaginal, ayudada por la **laparoscopia**. Sobre todo en oncología, la histeroscopia puede proporcionar nuevas posibilidades, "ya que la conservación

10 La **laparoscopia** ha permitido detectar metástasis de cáncer de páncreas ocultas en un 35 por ciento de los casos. Los especialistas reunidos en el

11 realizar citologías, diseccionar y realizar biopsias y realizar ultrasonidos". En los casos de cáncer de páncreas, la **laparoscopia** ha hecho posible estudiar casos que de otro modo habrían pasado desapercibidos y según los datos de un estudio

12 intervención de manera innecesaria". En determinados casos de cáncer de páncreas, hígado y en algunos linfomas, la **laparoscopia** se puede utilizar como método menos agresivo y suplir la apertura del abdomen. "Es novedoso por el ti

13 Viernes 06 Noviembre 1998. Volumen 55 - Número 1275 p. 67 - Empleo de la **laparoscopia** en los tiempos del diagnóstico por la imagen La laparoscopia es una técnica diagnóstica que consis

14 Empleo de la laparoscopia en los tiempos del diagnóstico por la imagen La **laparoscopia** es una técnica diagnóstica que consiste en la observación de la cavidad peritoneal mediante un sistema

15 avés de un trocar fino, seguido de la colocación de otro trocar de mayor diámetro que permitirá introducir el **laparoscopio**. La elección del punto de introducción del sistema óptico se realiza en función de la zona a explorar

16 trastornos de la coagulación muy acusados. INDICACIONES Desde un punto de vista general, la **laparoscopia** tiene su mayor utilidad cuando se pretende establecer el diagnóstico de lesiones focales del hígado

17 ultrasonografía (ECO) y la tomografía axial computarizada (TAC), ha motivado un cambio notable en las indicaciones de **la laparoscopia**. La ECO y la TAC permiten objetivar alteraciones en el interior del parénquima hepático, detectando lesiones focales

18 técnica de aspiración con aguja fina. Dadas las posibilidades diagnósticas y la fiabilidad de estos métodos, la **laparoscopia** ha pasado a ser, en los últimos años, una técnica de exploración de segunda elección en el estudio

19 técnica de exploración de segunda elección en el estudio de las enfermedades del hígado. Las desventajas de la **laparoscopia**, en relación a la ECO y la TAC, se deben a que la laparoscopia es un método invasivo y que requiere

20 enfermedades del hígado. Las desventajas de la laparoscopia, en relación a la ECO y la TAC, se deben a que la **laparoscopia** es un método invasivo y que requiere, durante las horas que siguen a su realización, un control

21 el estudio de la ascitis exudativa y la estadificación de los linfomas, situaciones en las que actualmente la **laparoscopia** sigue considerándose una técnica de primera elección. En el estudio de la ascitis de naturaleza

22 El estudio de la posible afectación hepática en los linfomas constituye actualmente motivo de indicación de **laparoscopia** en estos pacientes. La observación de la superficie hepática permite visualizar áreas de infiltración

23 se pueden extirpar adenopatías en la base del mesenterio. En un estudio publicado recientemente se confirma que la **laparoscopia** con biopsia hepática continúa siendo en la actualidad una exploración útil para la estadificación

24 con linfoma no hodgkiniano y en los estadios más avanzados de la enfermedad (estadios III y IV). La **laparoscopia** resulta también de gran utilidad ante el diagnóstico de sospecha de un tumor hepático, no confirmado

25 técnicas habituales del diagnóstico por la imagen y el examen del material obtenido por punción con aguja fina. La **laparoscopia** aventaja a las demás técnicas de imagen en la capacidad de poder objetivar implantes en el tejido hepático o

26 (fig. 3). En las lesiones de más de 3 mm, la ECO y la TAC tienen una mayor rentabilidad diagnóstica que la **laparoscopia**, puesto que permite objetivar lesiones que no afectan a la superficie hepática. Por ello, la lapa

27 la laparoscopia, puesto que permite objetivar lesiones que no afectan a la superficie hepática. Por ello, la **laparoscopia** sólo debería utilizarse como técnica de segunda elección cuando la ECO y la TAC no han sido dem

28 uticas que dependan de esta eventualidad. Por último, la exploración endoscópica de la cavidad peritoneal por **laparoscopia** permite valorar la presencia de rotura de órganos intraabdominales en pacientes con abdomen agudo

#### **colposcopi\***

N Concordance

1 se registraron además los resultados de los controles citológicos posteriores y de las pruebas complementarias (**colposcopia** y/o biopsia), los tratamientos médicos y quirúrgicos prescritos y la evolución clínica. Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos

2 dependiendo de las características de la población cribada. El seguimiento de estas 12 mujeres (tabla 5) conllevó 5 **colposcopias** y biopsias, confirmándose la existencia de displasia en 3 casos. Así pues, sólo el 0,24% de las mujeres estudiadas en esta zona en esta década

3 se analizó con la citología de Pap y con el método del vinagre, a través del cual cambia el color del tejido precanceroso. Los investigadores aplicaron la **colposcopia** y la biopsia en los casos de diagnóstico dudoso para confirmar los resultados más extraños. En una segunda fase, 2.144 mujeres fueron inspeccionadas visualmente

4 resultados de un estudio prospectivo con 46.000 mujeres, en el que se concluía la superioridad de la prueba del VPH frente a la citología repetida o a la **colposcopia**. Tras un diagnóstico citológico de Ascus (células atípicas de significado indeterminado), se ha visto que dicha prueba "puede comportar

5 Tras un diagnóstico citológico de Ascus (células atípicas de significado indeterminado), se ha visto que dicha prueba "puede comportar una repetición de la citología o una **colposcopia**, lo que resulta un proceso muy costoso e incómodo para la paciente". Además de los aspectos clínicos, en el seminario VHP'99 se han

6 Simposio internacional de oncología ginecológica Nuevas técnicas reducirán falsos diagnósticos en cáncer de cérvix Nuevas técnicas de diagnóstico como la **colposcopia** digital, el empleo de aparatos optoelectrónicos como el polaprobe y la espectroscopia con fluorescencia se están ensayando en la actualidad

7 Los expertos en Patología Cervical y **Colposcopia** se preparan para el uso de las nuevas tecnologías en el proceso de información médica La Sociedad cuenta con

8 ellado, Valencia.- Dentro de las ponencias y conferencias programadas por la XI Reunión que la Asociación Española de Patología Cervical y **Colposcopia** (AEPCC) está celebrando en Valencia, la organización ha incluido una serie de temas sobre el uso de las nuevas tecnologías en el proceso de comunicación

9 ha informado de la Comisión Web nombrada por la AEPCC y cuyos objetivos son, informar sobre las actividades de la Asociación de Patología Cervical y **Colposcopia**, informar sobre otras asociaciones relacionadas, servir como boletín de noticias, motivar a los potenciales usuarios y facilita

10 gran utilidad ante una necesidad de información. La ponencia del doctor J.Carlos Morín, de la Unidad de patología Cervical y **Colposcopia** del Hospital Materno Infantil de Canarias, ha explicado el funcionamiento y el desarrollo realizado en la base de datos de la Asociación

11 ,de la Universidad de Barcelona, que ha consistido en la presentación de la Base de Datos de Patología de Tracto Genital Inferior y **Colposcopia** Digital, que ha sido patrocinada, entre otros, por los laboratorios Serono, lo que ha permitido su distribución entre

12 o en la repetición del frotis de Papanicolau, las mujeres podrían haber sido derivadas para que les fuese realizada una **colposcopia** Los autores del trabajo concluyen que la sensibilidad del test de ADN para HPV en la búsqueda de lesiones intraepiteliales

13 a una sensibilidad del 96,9 por ciento en la detección de displasia de alto grado, mediante un algoritmo basado en el HPV que incluya una **colposcopia** inmediata en aquellas mujeres que den un resultado positivo.

14 el VIH. Si la citología es anormal, lo cual es 10 veces más frecuente en estas pacientes que en las demás mujeres, debe realizarse una **colposcopia** y una biopsia cervical. Estas alteraciones son más comunes cuanto mayor es el grado de inmunodeficiencia provocado por el VIH

#### **histeroscopi\***

N Concordance

1 un tratamiento, Balagueró ha indicado que la fórmula idónea "se basa en detectar las lesiones precancerosas y utilizar la vía adecuada. La **histeroscopia** ha sido un recurso válido, pero hay otras situaciones en las que se ha de optar por la histerectomía cuando existen atipias de entidad

2 La **histeroscopia** es efectiva hasta en el 80% de casos intervenidos La histeroscopia quirúrgica puede alcanzar una eficacia del 80 por ciento en pacientes

3 La histeroscopia es efectiva hasta en el 80% de casos intervenidos La **histeroscopia** quirúrgica puede alcanzar una eficacia del 80 por ciento en pacientes con síntomas específicos, según Enric Cayuela, cirujano ginecólogo

4 alcanzar una eficacia del 80 por ciento en pacientes con síntomas específicos, según Enric Cayuela, cirujano ginecólogo responsable de la Unidad de Histeroscopia de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell. La **histeroscopia** quirúrgica en la ablación de endometrio con la ext

5 Enric Cayuela, cirujano ginecólogo responsable de la Unidad de Histeroscopia de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell. La **histeroscopia** quirúrgica en la ablación de endometrio con la extracción de la capa interna del útero en casos de menstruaciones copiosas o de trast

6 meses, y en los que también existen resultados satisfactorios. En estos casos -ha añadido el especialista- se corta el tabique a través del **histeroscopia** por vía vaginal evitando así la intervención de Estrasman, que implicaba una laparotomía, abrir el útero y extraer por vía abdominal

7 tumoración de tipo benigno que afecta a la cavidad interna del útero y produce hemorragias y dolor, constituyen otra posibilidad del procedimiento. "La **histeroscopia** permite la extracción del mioma con cirugía ambulatoria y elude además la laparotomía. Y en el síndrome de Asherman, en el que existe

8 laparotomía. Y en el síndrome de Asherman, en el que existen adherencias en la cavidad uterina que condicionan la menstruación y producen esterilidad, la **histeroscopia** permite la sección de esas adherencias y la restitución de una cavidad uterina normal". Otra de las indicaciones quirúrgicas es el tratamiento de los pólipos endometriales.

9 situado en el 80 por ciento. Además de su carácter ambulatorio, la técnica implica una agresividad y un traumatismo mucho menores. La **histeroscopia** puede realizarse a través de láser o con sistemas eléctricos, mediante el histerorresectoscopia. El protocolo exige candidatas en las

10 mías pélvicas o las histerectomías abdominales con cambio a la vía vaginal, ayudada por la laparoscopia. Sobre todo en oncología, la **histeroscopia** puede proporcionar nuevas posibilidades, "ya que la conservación del útero es una opción que beneficia la calidad de vida".

11 nuevas posibilidades, "ya que la conservación del útero es una opción que beneficia la calidad de vida". Diagnóstico La **histeroscopia** diagnóstica es una técnica endoscópica reciente en las enfermedades de la cavidad uterina y elude el legrado uterino. Sus indicaciones

12 La administración de análogos de la Gn-RH facilita la resección del endometrio La **histeroscopia** diagnóstica está indicada en las mujeres en las que se sospeche alguna alteración de la cavidad uterina y en las que mediante ecografía

13 tratamiento médico se puede resolver mediante cirugía histeroscópica. Agresión mínima Según Jesús Jiménez, coordinador de la Unidad de **Histeroscopia** del hospital madrileño, "estas intervenciones se suelen realizar en el quirófano, con la mujer sometida a una sedación mínima. La ven

14 da en beneficio de la paciente, y a su vez está en la línea actual de reducir costes". El ginecólogo ha asegurado que en la Unidad de **Histeroscopia** del Doce de Octubre, durante 1998 se evitaron 142 histerectomías y se trataron 40 casos de pólipos y 30 miomas intracavitarios.

15 sus indicaciones, pero algunos miomas, pólipos intracavitarios y sangrados que no responden al tratamiento médico, pueden abordarse por **histeroscopia** con una alta eficacia". Otra alteración susceptible de abordaje por histeroscopia es el útero septo, que "tiene la ventaja de que al tratarse de

16 sangrados que no responden al tratamiento médico, pueden abordarse por histeroscopia con una alta eficacia". Otra alteración susceptible de abordaje por **histeroscopia** es el útero septo, que "tiene la ventaja de que al tratarse de un resto fibroso del desarrollo, al cortarlo se abre y se puede retirar

17 El diagnóstico histeroscópico de hiperplasia precisa de una biopsia La **histeroscopia** quirúrgica permite la extirpación de pólipos uterinos de hasta 4 centímetros en la misma consulta del cirujano, sin necesidad de anestesia y en ausencia de color

18 consulta del cirujano, sin necesidad de anestesia y en ausencia de dolor para la paciente, ha asegurado Sergio Betocchi, director de la Unidad de **Histeroscopia** de la Universidad de Bari, en Italia. El experto ha demostrado su afirmación en el I Simposio de Histeroscopia Diagnóstica

19 director de la Unidad de Histeroscopia de la Universidad de Bari, en Italia. El experto ha demostrado su afirmación en el I Simposio de **Histeroscopia** Diagnóstico-Quirúrgica, celebrado en el Hospital Doce de Octubre, de Madrid, y patrocinado por los laboratorios Lasa, en el que ha re

20 es: miomectomía, polipectomía, ablación endometrial y un útero septo. Sin embargo, para poder llevar a cabo una cirugía en el mismo momento que la **histeroscopia** diagnóstica es necesario "un instrumento provisto de un canal de trabajo. Esta es la única diferencia, porque el tamaño es igual que

21 scopia diagnóstica es necesario "un instrumento provisto de un canal de trabajo. Esta es la única diferencia, porque el tamaño es igual que el del **histeroscopia** diagnóstico, de 5 milímetros de diámetro como máximo". El especialista ha subrayado que con los nuevos histeroscopios se

22 el tamaño es igual que el del histeroscopia diagnóstico, de 5 milímetros de diámetro como máximo". El especialista ha subrayado que con los nuevos **histeroscopios** se evita el empleo de otros instrumentos (especulo y pinzas), con lo que se elimina prácticamente el dolor y se salvan los impedimentos

23 los impedimentos que la técnica conllevaba para las mujeres vírgenes. "Se introduce directamente el instrumento y dilatamos con suero fisiológico y con la punta del **histeroscopia**". Respecto al riesgo de complicaciones importantes, como la perforación del útero, ha afirmado que "no hay ningún peligro puesto

24 Pero "el problema es el diagnóstico correcto de la hiperplasia, ya que algunos endometrios normales parecen hiperplásicos al observarlos con el **histeroscopia**. También puede suceder lo contrario". Para salvar este obstáculo, Betocchi ha insistido en la necesidad de hacer una bio

25 estudio histológico y compararlo con las imágenes histeroscópicas". Para el especialista, la única contraindicación que existe para realizar una **histeroscopia** quirúrgica en el mismo momento del diagnóstico es que la mujer, a pesar de cumplir los requisitos necesarios, presente una alteración

26 o el tejido", pero para ello "es necesario un amplio adiestramiento en la técnica". Su experiencia, unida al desarrollo de los nuevos **histeroscopios**, le ha llevado a afirmar que, "a pesar de que muchos consideran que la histeroscopia es una técnica muerta, creo que tiene un futuro

27 Su experiencia, unida al desarrollo de los nuevos histeroscopios, le ha llevado a afirmar que, "a pesar de que muchos consideran que la **histeroscopia** es una técnica muerta, creo que tiene un futuro muy amplio si nos adaptamos a los avances tecnológicos".

- 28 La **histeroscopia** permitiría la detección precoz de tumores malignos, como el cáncer de endometrio. Esta técnica solucionaría, de forma incruenta, problemas como la eliminación de pólipos y fibromas del interior del útero.
- 29 ginecológicos que tienen su origen en la cavidad uterina, se ha celebrado recientemente en el Hospital Valle de Hebrón un curso sobre **histeroscopia**, en sus dos vertientes: quirúrgica y diagnóstica. La histeroscopia consiste en introducir un sistema óptico en el
- 30 recientemente en el Hospital Valle de Hebrón un curso sobre histeroscopia, en sus dos vertientes: quirúrgica y diagnóstica. La **histeroscopia** consiste en introducir un sistema óptico en el útero mediante un tubo para ver su interior, lo que permite, por ejemplo, el
- 31 cáncer de endometrio, como señala el Dr. Luis Fernando Torres Cuesta, co-director de este curso organizado por la Unidad de **Histeroscopia** del Servicio de Ginecología del Hospital Materno-Infantil Valle de Hebrón, junto con el profesor Jordi Xercavins, jefe del Servicio
- 32 Xercavins, jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Barcelona. En su vertiente quirúrgica, la **histeroscopia** permite solucionar de forma incruenta problemas como eliminación de pólipos y fibromas del interior del útero, frente al procedimiento tradicional
- 33 continuadas, frecuentes por ejemplo en la menopausia, actuando sobre el tejido endometrial deteriorado que las provoca. "La **histeroscopia** debería ser una técnica de uso cotidiano en los hospitales españoles", afirma el Dr. Torres Cuesta, ya que tiene, sin lugar a
- 34 hospitales españoles", afirma el Dr. Torres Cuesta, ya que tiene, sin lugar a dudas, importantes ventajas para la calidad de vida de la mujer. Así, la **histeroscopia** quirúrgica puede evitar el coste emocional que supone para muchas mujeres la extirpación del útero o la matriz. Además, se trata de una técnica que se adapta
- 35 es una operación que evita la hospitalización". En 12 ó 14 horas la mujer puede volver a casa", afirma el Dr. Torres. La **histeroscopia** quirúrgica no está suficientemente extendida en nuestro país. La causa de esta demora en la implantación de la misma respecto
- 36 a los países europeos se podría explicar, entre otras razones, por el costo del utillaje o la necesidad de un aprendizaje que no siempre era posible. "La **histeroscopia** precisa de una fuerte inversión en material específico", señala el Dr. Torres Cuesta, "pero a la larga la relación
- 37 Viernes 05 Marzo 1999. Volumen 56 - Número 1290 p. 73 - Histeroscopia: indicaciones y resultados La **histeroscopia** es una técnica diagnóstica y quirúrgica que, en su
- 38 número 56 - Número 1290 p. 73 - **Histeroscopia**: indicaciones y resultados La **histeroscopia** es una técnica diagnóstica y quirúrgica que, en su vertiente diagnóstica, se realiza de forma
- 39 de la cavidad uterina, y en su quirúrgica trata procesos benignos intracavitarios que antes de la **histeroscopia** no podían intervenir o requirían una cirugía más agresiva. Así pues, la ginecología actual
- 40 Aunque la primera visión endoscópica del interior del útero se llevó a cabo en 18691, el auge actual de la **histeroscopia** es muy reciente, siendo posible por el advenimiento de las nuevas tecnologías y el perfeccionamiento de los sistemas ópticos.
- 41 tecnologías y el perfeccionamiento de los sistemas ópticos. En este sentido, destaca el **histeroscopia** de Hamou, que permite desde una visualización panorámica de la cavidad uterina hasta la microscopia de células vivas.
- 42 nas3 y de miomas submucosos. INSTRUMENTACION Para la realización de una **histeroscopia** se necesita un histeroscopio diagnóstico o quirúrgico, un medio de distensión de la cavidad
- 43 INSTRUMENTACION Para la realización de una **histeroscopia** se necesita un histeroscopiodiagnóstico o quirúrgico, un medio de distensión de la cavidad uterina, pues ésta es una cavidad
- 44 luz, una cámara, un monitor de TV y un vídeo (opcional). Además, para realizar una **histeroscopia** quirúrgica se necesita un generador eléctrico de alta frecuencia y electrodos quirúrgicos: as
- 45 electrodos quirúrgicos: asa de corte, bisturí, bola rodante y cilindro de coagulación. **Histeroscopia** diagnóstica El sistema óptico que habitualmente se utiliza es rígido, y a su vez puede ser de
- 46 es rígido, y a su vez puede ser de distensión con flujo único o con flujo continuo. El **histeroscopia** con flujo único (fig. 1) utiliza habitualmente el dióxido de carbono (CO2) como medio de distensión uterina.
- 47 es la hemorragia evitaría una magnífica visión de la cavidad uterina. El **histeroscopia** con flujo continuo tiene como característica el disponer de 2 canales independientes: uno de
- 48 intrauterinos (DIU), liberación de adherencias o biopsias dirigidas. El aprendizaje y manejo de este **histeroscopia** es más sencillo que el de flujo único, pero la visión que ofrece no es tan buena.

49 visión que ofrece no es tan buena. La fuente de luz para los dos tipos de histeroscopia puede ser halógena de 250 vatios o de xenón de 300 vatios. **Histeroscopia quirúrgica**

50 **histeroscopia** puede ser halógena de 250 vatios o de xenón de 300 vatios. Histeroscopia quirúrgica Para la realización de intervenciones quirúrgicas, el histeroscopia que se utiliza

51 **Histeroscopia** quirúrgica Para la realización de intervenciones quirúrgicas, el histeroscopia que se utiliza habitualmente es el resectoscopia cuando la cirugía la ejecutamos con corriente

52 ejecutamos con corriente de alta frecuencia, mientras que cuando la cirugía se realiza con láser se utiliza un **histeroscopia** terapéutico convencional de flujo continuo. Los resectoscopios (fig. 2) tienen un diámetro

53 fuente de luz idónea es la de xenón de 300 vatios. INDICACIONES Y RESULTADOS **Histeroscopia** diagnóstica La tabla I recoge las indicaciones de la histeroscopia diagnóstica<sup>5,6</sup>. La princip

54 **Histeroscopia** diagnóstica La tabla I recoge las indicaciones de la histeroscopia diagnóstica. La principal indicación es la hemorragia uterina anormal (HUA), que engloba l

55 lo son los miomas submucosos. El cáncer de endometrio (fig. 4) se diagnostica por **histeroscopia** en el 5-10% de los casos de pacientes con metrorragia posmenopáusica y en torno al 1% cuando

56 torno al 1% cuando la hemorragia anormal se produce en premenopáusicas<sup>7,8</sup>. La fiabilidad de la **histeroscopia** para el cáncer de endometrio es elevada, con una sensibilidad del 99% y un valor predictivo positivo

57 con el resultado anatomopatológico excelente, con un índice de kappa de 0,98, lo que hace de la **histeroscopia** el procedimiento diagnóstico de elección del cáncer de endometrio. El diagnóstico y seguimien

58 El diagnóstico y seguimiento evolutivo de las hiperplasias de endometrio es otra indicación de la **histeroscopia** diagnóstica; sin embargo, a diferencia del cáncer de endometrio, la sensibilidad, especificidad

59 sensibilidad, especificidad y valores predictivos son más bajos. En cualquier paciente la **histeroscopia** está indicada cuando se sospechen alteraciones intracavitarias por otro método diagnóstico

60 también estaría indicada en los casos de esterilidad inexplicada o abortos de repetición. **Histeroscopia** quirúrgica De la misma forma que la histeroscopia diagnóstica ha convertido al legrado diagnóstico en una técnica obsoleta

61 esterilidad inexplicada o abortos de repetición. Histeroscopia quirúrgica De la misma forma que la **histeroscopia** diagnóstica ha convertido al legrado diagnóstico en una técnica obsoleta, la histeroscopia

62 misma forma que la histeroscopia diagnóstica ha convertido al legrado diagnóstico en una técnica obsoleta, la **histeroscopia** quirúrgica ha posibilitado que procesos patológicos intrauterinos, que antes requerían

63 (epidural o raquídea) y general. En la tabla II figuran las indicaciones de la **histeroscopia** quirúrgica. Los pólipos endometriales son responsables de un 15% de los casos de HUA en mujeres

64 son pequeños (menores de 1 cm), se pueden resear utilizando el canal de trabajo de un **histeroscopia** diagnóstico; para pólipos mayores se debe seccionar el pedículo con el asa de corte del resectoscopia.

65 consigue la remisión de la hemorragia en un 66-100% de los casos, teniendo que realizar una histerectomía por fracaso de la **histeroscopia** sólo en el 3,2-5,8% de las pacientes<sup>12</sup>. En pacientes infértiles el porcentaje de embarazos

66 La resección del tabique uterino (metroplastia) en pacientes con útero septo es uno de los casos que más se ha beneficiado de la **histeroscopia**, pues con anterioridad se realizaban técnicas complejas por vía abdominal con postoperatorios

#### **cistoscopi\***

N Concordance

1 Si es necesario, el examen puede llevarse a cabo bajo anestesia. Para clasificar a la paciente en etapas, se utilizan los siguientes métodos, dependiendo de la necesidad: **cistoscopia**, proctoscopia, examen de radiografía de los pulmones y urografía intravenosa. Las sospechas de complicación de la vejiga o el recto deberán confirmarse por medio de una biopsia.

2 urinario de cancer de vejiga pueden ayudar a detectar dicho tumor y son efectivos como prueba no invasiva para determinar la necesidad de **cistoscopia**, según un grupo de investigadores españoles Redacción, Madrid.- La doctora Marta Sánchez-Carbayo y su equipo

3 invasividad de la técnica, ya que para la administración del contraste se requiere de **cistoscopia** y cateterización ureteral, que a pesar de realizarse bajo anestesia tópica endouretral ocasiona disconfort y molestia al paciente.

4 estudio. La introducción del catéter a través de los uréteres hasta la pelvis renal se realiza a partir de una **cistoscopia** preliminar bajo anestesia local. Dos tipos de catéteres pueden ser utilizados: radiopacos o radiotransparentes

**uretrocistoscopi\***

N Concordance

1 pacientes complejos con patología asociada que afecte al ciclo miccional. **URETROCISTOSCOPIA** Su práctica debe limitarse a sentar diagnósticos diferenciales con patologías orgánicas que sospechemos en el proceso evolutivo del paciente con HBP, fundamentalmente tumor vesical y esclerosis cervical. Debe ser preceptiva antes de cualquier tratamiento endoscópico de la HBP.

**ureteroscopi\***

N Concordance

1 cáncer de células de transición del tracto superior es la profundidad de infiltración en, o a través de la pared urotelial. Sin embargo, aun cuando la **ureteroscopia** y la pieloscopia se ejecuten con éxito, es difícil hacer una evaluación precisa de la profundidad invasora.

2 combinación de procedimientos radiográficos (pielograma intravenoso, tomografía axial computarizada) y, más recientemente, **ureteroscopia** y biopsia. El advenimiento de técnicas ureteroscópicas rígidas y flexibles ha permitido el acceso endoscópico al uréter y a la pelvis renal.

3 diagnosticar el cáncer de células de transición del tracto superior es la profundidad de infiltración en, o a través de la pared urotelial. Sin embargo, aun cuando la **ureteroscopia** y la pieloscopia se ejecuten con éxito, es difícil hacer una evaluación precisa de la profundidad invasora. En consecuencia, se recomienda efectuar una escisión total del uréter

4 tractos superiores. La clasificación clínica se basa en una combinación de procedimientos radiográficos (pielograma intravenoso, tomografía axial computarizada) y, más recientemente, ureteroscopia y biopsia. El advenimiento de técnicas **ureteroscópicas** rígidas y flexibles ha permitido el acceso endoscópico al uréter y a la pelvis renal. Esto permite definir con mayor exactitud preoperatoria

5 diagnósticas, como la toma selectiva de orina para citología, la biopsia-cepillado retrógrada, la **ureteroscopia** retrógrada, la renoscopia retrógrada y la dilatación retrógrada con balón de estenosis uretera

**pieloscopi\***

N Concordance

1 superior es la profundidad de infiltración en, o a través de la pared urotelial. Sin embargo, aun cuando la ureteroscopia y la **pieloscopia** se ejecuten con éxito, es difícil hacer una evaluación precisa de la profundidad invasora. En consecuencia, se recomienda efectuar una escisión total del uréter con un



APÉNDICE V:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ALEMÁN PARA PACIENTES.  
DATOS PRAGMÁTICOS

ANÄSTHESIE / NARKOSE:

**\*anästhesie**

N Concordance

1 egen das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. Die wichtigste Untersuchung ist die Spiegelung der Harnblase (Zystoskopie). Unter **Lokalanästhesie** oder Narkose wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. Über eine Optik kann das Innere der Harnblase angesehen w  
2 m Verschluss der noch offenen Wunde an. Dieser operative Eingriff erfolgt in der Regel ebenfalls unter örtlicher Betäubung (**Lokalanästhesie**), allerdings zumeist im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Eine Bestrahlungstherapie ist beim Basalzell-Hautkrebs ebenfalls möglich. Bei einer große  
3 Zunächst wird dem Patienten zur Beruhigung ein Schlafmittel verabreicht. Die Bronchoskopie wird dann entweder in **Lokalanästhesie** oder in Vollnarkose durchgeführt. Zur Untersuchung führt der Arzt das Bronchoskop in die Luftröhre ein und

**betäubung**

N Concordance

1 Untersuchung wird das Ösophagoskop durch den Mund und den Schlund in die Speiseröhre eingeführt. Vor der Untersuchung wird ein Lokalanästhetikum (eine Substanz, die eine vorübergehende örtliche **Betäubung** bewirkt) in den Rachenbereich gesprüht, so daß kein Schmerz verspürt wird. Diese Untersuchung kann in der Regel ambulant durchgeführt werden. Wenn der untersuchende Arzt Gewebe entdeckt

2 kchen davon entfernen, um es unter dem Mikroskop auf Krebs zu untersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Die Biopsie wird normalerweise während der Ösophagoskopie, und während die lokale **Betäubung** noch wirkt, durchgeführt, so daß keine Schmerzen entstehen. Manchmal kann eine Biopsie Veränderungen zeigen, die noch kein Krebs sind, aber zu Krebs entarten können. Die Heilungschance

3 Eine viertel Stunde dauerte die Untersuchung, für die Hackmann unter Vollnarkose gesetzt wurde. Wegen Schluckbeschwerden reichte die sonst übliche örtliche **Betäubung** nicht aus. "Der Professor hat gesagt, dass es auf den ersten Blick ganz gut aussieht", sagte Hackmanns Ehefrau Ulla. "Wir bewegen uns aber immer noch zwischen Hof

4 fspiegelung ist die Lupenlaryngoskopie mit einer 90 Grad-Winkeloptik. Auch diese Untersuchung wird im wachen Zustand durchgeführt, eventuell wird eine lokale **Betäubung** der Rachenhinterwand vorgenommen, um den Würgereflex auszuschalten. Im übrigen ist das Verfahren schmerzlos, kurz und wenig belastend. Die Lupenlaryng

5 t aber eine Entnahme von Lymphknotenmaterial, die zur endgültigen Diagnosestellung meist unverzichtbar ist. Dazu ist in der Regel die chirurgische Entnahme von Lymphknotenmaterial unter örtlicher **Betäubung** notwendig. Verschiedene bildgebende Verfahren werden angewendet, um die Größe und Beteiligung innerer Organe und Lymphknoten zu untersuchen. Im Bauchraum kann vieles mit dem Ultraschall

6 s er entweder aus dem Brustbein (Sternalpunktion) oder meist aus dem Beckenknochen (Beckenkammbiopsie) entnimmt. Die Punktion erfolgt meistens unter örtlicher **Betäubung** am besten im Liegen. Mit Hilfe einer geeigneten Nadel saugt der Arzt das Knochenmark an und entnimmt die benötigte Menge. Anschließend verklebt er di

7 Arzt zwischen dem 3. und 4. oder zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbeldornfortsatz mit einer sehr feinen, langen Hohlzahn. Im allgemeinen ist dafür keine **Betäubung** erforderlich; meistens sitzen Sie bei der Entnahme vornübergebeugt. Da die Hirnhäute manchmal empfindlich auf die Abnahme reagieren, kann es zu leich

8 hen (histologischen) Untergruppe, die eine zusätzliche Information für den Verlauf der Erkrankung bringt. Knochenmarkpunktion Mit einer Spritze wird in lokaler **Betäubung** Knochenmark aus dem Beckenkamm oder aus dem Brustbein entnommen. Das Knochenmark wird nach der Entnahme mikroskopisch untersucht, um darin möglicherweise

9 Leberpunktion Möglicherweise vorhandene Krebszellen in der Leber können mit Hilfe einer Leberpunktion aufgespürt werden. Dabei entnimmt der Arzt in örtlicher **Betäubung** und unter Ultraschallkontrolle mit einer langen Nadel durch die Bauchdecke der rechten Bauchseite eine Gewebeprobe aus der Leber. Um eventuell auftretende Nachblu

10 nose erbracht haben, kann es erforderlich sein, eine Feinnadel- bzw. eine Stanzbiopsie des Brustknotens durchzuführen. Dabei entnimmt der Arzt nach örtlicher **Betäubung** mit einer feinen Nadel Zellen aus dem verdächtigen Bezirk, die dann unter dem Mikroskop genau untersucht werden (Zytologie bzw. Histologie). Die endg

11 eine Punktionsstelle im hinteren, seitlichen, unteren Brustkorbbereich gesucht und markiert. Nach Desinfektion und örtlicher **Betäubung** des entsprechenden Bereichs führt der Arzt eine Kanüle oder eine von einem Kunststoffröhrchen umhüllte Hohlneedle

12 der Patient die entsprechende Lage eingenommen hat, die Haut über der betreffenden Punktionsstelle. Nach einer örtlichen **Betäubung** des Punktionsgebietes führt er eine Spezialnadel durch die Haut und die harte Knochensubstanz in das Knochenmark ein. Diesen Vorgang

13 können Entzündliche Erkrankungen des Knochengewebes Wie läuft eine Knochenbiopsie ab Der Arzt nimmt eine örtliche **Betäubung** an der Stelle vor, an der die Biopsie erfolgen soll. Eine Knochenbiopsie kann je nach Erkrankungsbild an verschie

14 s Körpers erfolgen. Dazu gehören der Beckenkamm, das Kniegelenk, der Oberschenkelknochen oder der Oberarmknochen. Nach der **Betäubung** setzt der Arzt einen kleinen Hautschnitt über dem entsprechenden Knochen, schiebt eine Hohlneedle (Kanüle) in den Knochen vor und entnimmt

15 ndegewebe, Knorpel und selbst Knochen. Im Anfangsstadium reicht zumeist eine kleinere ambulante Operation unter örtlicher **Betäubung**. Wichtig ist hier eine anschließende feingewebliche Untersuchung des herausgenommenen Gewebes. Im fortgeschritt

16 die zweite Operation mit dem Verschluss der noch offenen Wunde an. Dieser operative Eingriff erfolgt in der Regel ebenfalls unter örtlicher **Betäubung** (Lokalanästhesie), allerdings zumeist im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Eine Bestrahlungstherapie ist b

17 radiologische oder endoskopische Methoden angewandt werden. Nach der Desinfektion und örtlichen **Betäubung** der Haut und gegebenenfalls auch der entsprechenden Organteile werden eine oder mehrere Gewebeproben entnommen. Die

18 richtig ist, wird der Arzt gegebenenfalls eine Biopsie der befallenen Lymphknoten anordnen. Eine Knochenmark-Untersuchung, die unter örtlicher **Betäubung** üblicherweise am Beckenkamm erfolgt, festigt die Diagnose ebenfalls, da bei einer CLL immer ein Befall des Knoch

19 chenmarkpunktion Die Knochenmarkpunktion erfolgt am hinteren Beckenkamm bei Erwachsenen in der Regel nach einer örtlichen **Betäubung** und bei Kindern unter einer kurzzeitigen Vollnarkose. Wie wird die Leukämie behandelt? Die akute Leukämie ist

#### **narkose\***

N Concordance

1 , brauchen viel Zeit. Das von Mills Arbeitsgruppe entwickelte Verfahren ist rasch nutzbar, schon während einer Operation, wenn der Patient noch in **Narkose** liegt. Damit ist es eine Alternative zum so genannten Schnellschnitt, bei dem vom Operationstisch eine Probe schnell in ein pathologisches

2 dener Lymphknotenmetastasen. Laboruntersuchungen Neben den üblichen Routineuntersuchungen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, werden die Schilddrüsenhormone, TSH, Calcitonin und Kalzium bestimmt, um die Ursache der Symptome, die auch "harmlos" sein

3 des Brustkorbes dient ebenfalls der Beurteilung der Tumorausdehnung und Metastasensuche. Sie ist außerdem eine Routinemaßnahme im Hinblick auf die **Narkose**. Auch Becken- und Wirbelsäulenaufnahmen helfen bei der Metastasensuche. Radiojodszintigramm Schilddrüsen-gewebe ze

4 n kann oder eine verdächtige Veränderung vorliegt, muß eine direkte Kehlkopfspiegelung durchgeführt werden. Diese Methode wird unter **Narkose** eingesetzt. Der untersuchende Arzt führt ein röhrenförmiges Instrument, das Laryngoskop, durch Mund und Rachen ein. Durch den Einsatz eines

5 heit eine Gewebeprobe entnommen und untersucht (histologische Untersuchung). Diese Gewebeentnahme (Biopsie) erfolgt üblicherweise in **Narkose** während der direkten Kehlkopfspiegelung unter mikroskopischer Sicht. Die Biopsie ist ein ungefährliches Untersuchungsverfahren. Die

6 s zudem kostengünstiger ist. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

7 ienten sowie über die Funktionen einzelner Organe geben; so erhält der behandelnde Arzt Informationen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** von Bedeutung sind. Insbesondere wird die Bestimmung des PSA-Spiegels bei gesicherter Diagnose genutzt, um - im Zusammenwirken mit anderen

8 ausgesetzt sind. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

9 ausgesetzt sind. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

10 Sicherung der Diagnose nur durch die Ausschneidung eines kegelförmigen Gewebestückes aus dem Gebärmutterhals erfolgen. Dieser Eingriff wird unter **Narkose** vorgenommen und erfordert deshalb meistens einen stationären Krankenhausaufenthalt. Sollte das mikroskopische Untersuchungserg

11 n werden kann. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand der Patientin sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

12 einzustand sowie über die Funktionen von einzelnen Organen wie Nieren und Leber geben. Diese Routineuntersuchungen werden auch im Hinblick auf die **Narkose** gemacht. Tastuntersuchung Zur klinischen Untersuchung gehört vor allem die gründliche Tastuntersuchung der Brüste

13 Patientin keiner schädlichen Strahlenbelastung aussetzt. Röntgenuntersuchung Röntgenaufnahmen der Lunge werden angefertigt, um auf die **Narkose** vorzubereiten und um nach Metastasen in der Lunge zu suchen. Skelettszintigramm Mit dieser Suchmethode können Tumorabsiedlungen

14 icht durch unkontrollierte Bewegungen außerhalb des vorgesehenen Bestrahlungsfeldes liegt, sollte die Bestrahlung bei kleineren Kindern in **Narkose** erfolgen. Zusätzlich kann das Auge durch eine Vakuum-Kontaktlinse in der erwünschten Position gehalten werden. Stra

15 atientenliegen oder Betten dürfen grundsätzlich nicht in den Untersuchungsraum mitgenommen werde. Dies gilt auch für Infusionspumpen, Gasflaschen, **Narkose**geräte, Patientenmonitoren, spezielle Katheter, Patientenkabel und ähnliche Geräte. Von nicht für die MRT zugelassenen Geräten kann eine sch

16 ie Die Spiegelung der Gebärmutter bezeichnet man als Hysteroskopie. Hier werden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche **Narkose** verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine Spiegel

17 s gegen das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. Die wichtigste Untersuchung ist die Spiegelung der Harnblase (Zystoskopie). Unter Lokalanästhesie oder **Narkose** wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. Über eine Optik kann das Innere der Harnblase angesehen werden. Wenn der Unter

18 orfeld einer Thorakoskopie zu beachten? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen **Narkoserisiken** aufgeklärt. Außerdem überprüft der Arzt mit einer Blutuntersuchung das Blutbild, die Gerinnung und die

19 den vorher nichts essen und trinken. Wie verläuft eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie wird unter **Narkose** durchgeführt. Meist muss vor der Spiegelung ein Pneumothorax erzeugt werden, damit die Pleurahöhle verbreitert und d

20 gespreizt. Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Schmerz- oder Beruhigungsmittel. Eine **Narkose** ist nur selten notwendig. Die äußeren Geschlechtsorgane werden abgewaschen und steril abgedeckt. Dann bringt der Ar

21 Gewebeproben (Biopsie) entnehmen und operative Eingriffe durchführen. Wie wird eine Bauchspiegelung durchgeführt? Bei der Laparoskopie wird unter **Narkose** die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstochen. Danach wird durch eine Nadel Gas (Kohlendioxid) in den Bauchraum gebracht. Das

22 ögliche Lymphknotenvergrößerungen zu entdecken. Besteht der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung wird in der Regel unter **Narkose** eine genauere Untersuchung des Kehlkopfs durchgeführt (Mikrolaryngoskopie). Hierbei wird möglicherweise eine

23 likationen können bei der ERCP auftreten? Da der Arzt eine **Kurzarkose** durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen Narkoserisiken. Nach einer ERCP steigt in etwa 50 Prozent der Fälle im Blut die Konzentration der Lipase an. Dabei handelt e

**\*narkose\***

N Concordance

1 , brauchen viel Zeit. Das von Mills Arbeitsgruppe entwickelte Verfahren ist rasch nutzbar, schon während einer Operation, wenn der Patient noch in **Narkose** liegt. Damit ist es eine Alternative zum so genannten Schnellschnitt, bei dem vom Operationstisch eine Probe schnell in ein pathologisches

2 nd eines rund vierstündigen Eingriffs operierte, nahm die Bronchioskopie vor. Eine viertel Stunde dauerte die Untersuchung, für die Hackmann unter **Vollnarkose** gesetzt wurde. Wegen Schluckbeschwerden reichte die sonst übliche örtliche Betäubung nicht aus. "Der Professor hat gesagt, dass es auf

3 dener Lymphknotenmetastasen. Laboruntersuchungen Neben den üblichen Routineuntersuchungen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, werden die Schilddrüsenhormone, TSH, Calcitonin und Kalzium bestimmt, um die Ursache der Symptome, die auch "harmlos" sein

4 des Brustkorbes dient ebenfalls der Beurteilung der Tumorausdehnung und Metastasensuche. Sie ist außerdem eine Routinemaßnahme im Hinblick auf die **Narkose**. Auch Becken- und Wirbelsäulenaufnahmen helfen bei der Metastasensuche. Radiojodszintigramm Schilddrüsengewebe ze

5 n kann oder eine verdächtige Veränderung vorliegt, muß eine direkte Kehlkopfspiegelung durchgeführt werden. Diese Methode wird unter **Narkose** eingesetzt. Der untersuchende Arzt führt ein röhrenförmiges Instrument, das Laryngoskop, durch Mund und Rachen ein. Durch den Einsatz eines

6 heit eine Gewebeprobe entnommen und untersucht (histologische Untersuchung). Diese Gewebeentnahme (Biopsie) erfolgt üblicherweise in **Narkose** während der direkten Kehlkopfspiegelung unter mikroskopischer Sicht. Die Biopsie ist ein ungefährliches Untersuchungsverfahren. Die

7 s zudem kostengünstiger ist. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

8 chmerz verursacht. Meist werden unter Ultraschallkontrolle sechs Gewebezylinder entnommen. Gänzlich beschwerdefrei ist die Biopsie in **Allgemeinnarkose**, die darüber hinaus zu einer Blasenspiegelung ausgenutzt werden kann. Die Biopsie ist ein ungefährliches Untersuchungsverfahren. Di

9 ienten sowie über die Funktionen einzelner Organe geben; so erhält der behandelnde Arzt Informationen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** von Bedeutung sind. Insbesondere wird die Bestimmung des PSA-Spiegels bei gesicherter Diagnose genutzt, um - im Zusammenwirken mit anderen

10 ausgesetzt sind. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

11 ausgesetzt sind. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

12 Sicherung der Diagnose nur durch die Ausschneidung eines kegelförmigen Gewebestückes aus dem Gebärmutterhals erfolgen. Dieser Eingriff wird unter **Narkose** vorgenommen und erfordert deshalb meistens einen stationären Krankenhausaufenthalt. Sollte das mikroskopische Untersuchungserg

13 n werden kann. Laboruntersuchungen Blutuntersuchungen umfassen allgemeine Routineanalysen, die auch im Hinblick auf eine **Narkose** gemacht werden, und geben Aufschluß über den Allgemeinzustand der Patientin sowie über die Funktion von Nieren, Leber und Stoffwechsel.

14 einzustand sowie über die Funktionen von einzelnen Organen wie Nieren und Leber geben. Diese Routineuntersuchungen werden auch im Hinblick auf die **Narkose** gemacht. Tastuntersuchung Zur klinischen Untersuchung gehört vor allem die gründliche Tastuntersuchung der Brüste

15 Patientin keiner schädlichen Strahlenbelastung aussetzt. Röntgenuntersuchung Röntgenaufnahmen der Lunge werden angefertigt, um auf die **Narkose** vorzubereiten und um nach Metastasen in der Lunge zu suchen. Skelettszintigramm Mit dieser Suchmethode können Tumorabsiedlungen

16 Bronchialabschnitten absaugen und ähnlich wie Sputum unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Mediastinoskopie Unter **Vollnarkose** wird durch einen kleinen Schnitt über dem Brustbein ein Gerät mit einem optischen System in den mittleren Brustraum (Mediastinum) vorge

17 ternisten mit besonderer Qualifikation im Bereich der Lungenerkrankungen (Pulmonologe) durchgeführt wird, ein chirurgischer Eingriff, bei dem eine **Vollnarkose** notwendig ist. Sie erscheint besonders dann sinnvoll, wenn eine Probeentnahme aus dem Tumor aus technischen und anatomischen

Gründen ni

- 18 Spiegelung des Augenhintergrundes, die Ophthalmoskopie, gestellt. Diese Untersuchung sollte in Abhängigkeit vom Alter des Kindes in **Vollnarkose** erfolgen und von einem erfahrenen Augenarzt durchgeführt werden. Dieser kann aufgrund des charakteristischen Bildes eine Abgrenzung gegen
- 19 icht durch unkontrollierte Bewegungen außerhalb des vorgesehenen Bestrahlungsfeldes liegt, sollte die Bestrahlung bei kleineren Kindern in **Narkose** erfolgen. Zusätzlich kann das Auge durch eine Vakuum-Kontaktlinse in der erwünschten Position gehalten werden. Stra
- 20 hen. Lasertherapie Eine Lasertherapie sollte nur bei sehr kleinen Tumoren in Erwägung gezogen werden. Bei dieser Therapieform wird in **Vollnarkose** eine Laserstrahl durch die Pupille auf den Tumor gerichtet und dieser durch die Hitze des Laserstrahls zerstört. Häufig sind
- 21 chnitte hierbei klein sind, ist die Beeinträchtigung des Patienten nach diesem Eingriff von kurzer Dauer. Der Eingriff wird meist in **Vollnarkose** durchgeführt. Therapie des Magenkarzinoms Operation Ziel der chirurgischen Maßnahmen ist die vollständige Entfernung des
- 22 atientenliegen oder Betten dürfen grundsätzlich nicht in den Untersuchungsraum mitgenommen werde. Dies gilt auch für Infusionspumpen, Gasflaschen, **Narkosegeräte**, Patientenmonitoren, spezielle Katheter, Patientenkabel und ähnliche Geräte. Von nicht für die MRT zugelassenen Geräten kann eine sch
- 23 Entnahme einer Gewebeprobe, z.B. zum Nachweis bzw. Ausschluss einer Krebserkrankung. Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "**Schlafnarkose**", d.h. ein Medikament, meistens Dormicum wird i.v., also intravenös, injiziert. Der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand, in dem er
- 24 d mindestens 2 Instrumente notwendig, da die Bauchhöhle des besseren Überblicks wegen mit Luft aufgeblasen werden muss. In diesem Fall erhält der Patient eine **Vollnarkose**. Gynäkologie Die Spiegelung der Gebärmutter bezeichnet man als Hysteroskopie. Hier werden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kan
- 25 ie Die Spiegelung der Gebärmutter bezeichnet man als Hysteroskopie. Hier werden im allgemeinen starre Endoskope verwendet. Hier kann meist auf jegliche **Narkose** verzichtet werden. Urologie Sowohl beim Mann als auch bei der Frau kann eine Spiegelung der Harnröhre, d.h. eine Urethroskopie, sowie eine Spiege
- 26 s gegen das Vorliegen eines Harnblasenkarzinoms. Die wichtigste Untersuchung ist die Spiegelung der Harnblase (Zystoskopie). Unter Lokalanästhesie oder **Narkose** wird ein starres Rohr durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. Über eine Optik kann das Innere der Harnblase angesehen werden. Wenn der Unter
- 27 orfeld einer Thorakoskopie zu beachten? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen **Narkoserisiken** aufgeklärt. Außerdem überprüft der Arzt mit einer Blutuntersuchung das Blutbild, die Gerinnung und die
- 28 den vorher nichts essen und trinken. Wie verläuft eine Thorakoskopie? Die Thorakoskopie wird unter **Narkose** durchgeführt. Meist muss vor der Spiegelung ein Pneumothorax erzeugt werden, damit die Pleurahöhle verbreitert und d
- 29 gespreizt. Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Schmerz- oder Beruhigungsmittel. Eine **Narkose** ist nur selten notwendig. Die äußeren Geschlechtsorgane werden abgewaschen und steril abgedeckt. Dann bringt der Ar
- 30 Gewebeproben (Biopsie) entnehmen und operative Eingriffe durchführen. Wie wird eine Bauchspiegelung durchgeführt? Bei der Laparoskopie wird unter **Narkose** die Bauchdecke in Nähe des Nabels durchstoßen. Danach wird durch eine Nadel Gas (Kohlendioxid) in den Bauchraum gebracht. Das
- 31 ögliche Lymphknotenvergrößerungen zu entdecken. Besteht der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung wird in der Regel unter **Narkose** eine genauere Untersuchung des Kehlkopfs durchgeführt (Mikrolaryngoskopie). Hierbei wird möglicherweise eine
- 32 us-Störungen Wie läuft die ERCP ab? Vor der ERCP erhält der Patient eine **Kurz-narkose**. Außerdem kann auch noch ein die Darmtätigkeit hemmendes Medikament verabreicht werden.
- 33 Mit im Bild: Gallenblase (grün), Magen (rot) Welche Komplikationen können bei der ERCP auftreten? Da der Arzt eine **Kurz-narkose** durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen Narkoserisiken. Nach einer ERCP steigt in etwa 50 Prozent
- 34 likationen können bei der ERCP auftreten? Da der Arzt eine Kurz-narkose durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen **Narkoserisiken**. Nach einer ERCP steigt in etwa 50 Prozent der Fälle im Blut die Konzentration der Lipase an. Dabei handelt e

35 dem Patienten zur Beruhigung ein Schlafmittel verabreicht. Die Bronchoskopie wird dann entweder in Lokalanästhesie oder in **Vollnarkose** durchgeführt. Zur Untersuchung führt der Arzt das Bronchoskop in die Luftröhre ein und

36 bei Erwachsenen in der Regel nach einer örtlichen Betäubung und bei Kindern unter einer kurzzeitigen **Vollnarkose**. Wie wird die Leukämie behandelt? Die akute Leukämie ist grundsätzlich heilbar. Säul

**\*narkose + untersuchung**

N Concordance

1 ckmann damals schon während eines rund vierstündigen Eingriffs operierte, nahm die Bronchoskopie vor. Eine viertel Stunde dauerte die **Untersuchung**, für die Hackmann unter **Vollnarkose** gesetzt wurde. Wegen Schluckbeschwerden reichte die sonst übliche örtliche Betäubung nicht aus. "Der Professor hat gesagt, dass es auf den ersten

2 Aufschluß über den Allgemeinzustand sowie über die Funktionen von einzelnen Organen wie Nieren und Leber geben. Diese **Routineuntersuchungen** werden auch im Hinblick auf die **Narkose** gemacht. Tastuntersuchung Zur klinischen Untersuchung gehört vor allem die gründliche Tastuntersuchung der Brüste zur Beurteilung des Prim

3 r Endoskopie die Entnahme einer Gewebeprobe, z.B. zum Nachweis bzw. Ausschluss einer Krebserkrankung. Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der **Untersuchung** eine sogenannte "**Schlafnarkose**", d.h. ein Medikament, meistens Dormicum wird i.v., also intravenös, injiziert. Der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand, in dem er keine Schmerzen verspürt

4 abgetastet, um mögliche Lymphknotenvergrößerungen zu entdecken. Besteht der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung wird in der Regel unter **Narkose** eine genauere **Untersuchung** des Kehlkopfs durchgeführt (Mikrolaryngoskopie). Hierbei wird möglicherweise eine Geweb

5 Zunächst wird dem Patienten zur Beruhigung ein Schlafmittel verabreicht. Die Bronchoskopie wird dann entweder in Lokalanästhesie oder in **Vollnarkose** durchgeführt. Zur **Untersuchung** führt der Arzt das Bronchoskop in die Luftröhre ein und schiebt es bis in die Lu

**SEDIERUNG:**

**dormicum**

N Concordance

1 roskopie in jährlichen Abständen erfolgen. Eine gut durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser Sedierung (**Dormicum**), innerhalb weniger Minuten. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung wird die Passage von

2 sschluss einer Krebserkrankung. Im allgemeinen erhalten die Patienten vor der Untersuchung eine sogenannte "Schlafnarkose", d.h. ein Medikament, meistens **Dormicum** wird i.v., also intravenös, injiziert. Der Patient verfällt dann in einen Dämmerungszustand, in dem er keine Schmerzen verspürt und an den er sich

**sedier\***

N Concordance

1 eine Gastroskopie in jährlichen Abständen erfolgen. Eine gut durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser **Sedierung** (Dormicum), innerhalb weniger Minuten. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung wird die Passage v

2 ichten. Wie läuft die Darmspiegelung ab? Ein **sedierendes** Medikament ist für die Darmspiegelung nicht unbedingt erforderlich, kann aber auf Wunsch verabreicht werden.

3 Falls während der Untersuchung ein beruhigendes und schläfrig machendes Medikament, ein so genanntes **sedierendes** Mittel, gegeben wird, darf der Patient für den Rest des Tages nicht selbst ein Fahrzeug steuern. Daher sollte e

4 n) kommen. Nachblutungen sind, vor allem nach Abtragung von Polypen, möglich. Durch die Gabe eines **sedierenden** Medikaments kann es bei einer bestehenden Erkrankung zur Verschlechterung der Herz- und Lungenfunktion kommen.

**sedierung**

N Concordance

1 eine Gastroskopie in jährlichen Abständen erfolgen. Eine gut durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser **Sedierung** (Dormicum), innerhalb weniger Minuten. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung wird die Passage v

**beruhigungs\***

N Concordance

1 ndung von flüssigem Stickstoff. Der typische Innendurchmesser des Magneten beträgt etwa 50 cm. Patienten, die unter Klaustrophobie (Platzangst) leiden, können vorher mit einem **Beruhigungsmittel** behandelt werden. Durch die besseren Weichteildarstellung und die Möglichkeit, beliebige Schnittebenen durch das Gehirn anzufertigen, ist das MRT in der Hirnt

2 angewinkelt und nach außen hoch gelagert, also gespreizt. Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel**. Eine Narkose ist nur selten notwendig. Die äußeren Geschlechtsorgane werden abgewaschen und steril abg

3 tnahme einer Prostatabiopsie mit einer Biopsienadel. Der Patient legt auf den Rücken oder seltener in eine bequeme Seitenlage. Bei Bedarf kann der Arzt dem Patienten **Beruhigungs-** oder Schmerzmittel geben. Meist untersucht der Arzt zunächst den After mit dem Finger und achtet auf Veränderungen, z.B. Hämorrhoiden. Dann führt er mit

4 bis 100 Zentimeter langen Röhre liegen. Patienten mit Platzangst sollten dies vor Beginn der Untersuchung dem betreuenden Personal mitteilen, damit ihnen der Arzt ein **Beruhigungsmittel** spritzen kann. Während der Untersuchung werden vom Gerät sehr laute Klopfgeräusche erzeugt. Deswegen wird dem Patienten eventuell ein Schallschutz-Kopfhöre

5 ewonnenen Proben werden mikroskopisch im Labor untersucht. Normalerweise ist für die Knochenmarkbiopsie kein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel** nötig. Bei Bedarf kann es der Arzt aber verabreichen. Die Knochenmarkbiopsie kann auch ambulant durchgeführt

6 lant durchgeführt werden. Allerdings soll der Patient am Tag der Punktion Bettruhe einhalten. Erhält er ein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel**, sollte er erst nach 24 Stunden wieder selbst Auto fahren. Welche Komplikationen können bei der Knochenmarkbiopsie

7 von Haut, Weichteilen, Nerven oder benachbarten Organen Störungen der Atemfunktion bei Gabe von Schmerz- oder **Beruhigungsmitteln** Welche alternativen Untersuchungen können durchgeführt werden? Erkrankungen des blutbildenden Systems

8 ebe in einem Labor untersucht, was in der Regel wenige Tage dauert. Bei Bedarf kann für die Untersuchung ein Schmerz- oder **Beruhigungsmittel** verabreicht werden. Wird die Untersuchung ambulant durchgeführt, sollte man nach Gabe von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln für 24

9 Beruhigungsmittel verabreicht werden. Wird die Untersuchung ambulant durchgeführt, sollte man nach Gabe von Schmerz- oder **Beruhigungsmitteln** für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Außerdem sollte man sich die ersten 24 Stunden nach der

10 die Gerinnungswerte. Wie wird eine Biopsie entnommen? Bei Bedarf kann der Patient davor ein **Beruhigungs-** und Schmerzmittel einnehmen. Zuerst bestimmt der Arzt die genaue Lage des Gewebes, von dem er die Probe entnehmen will.

11 im Bereich des entnommenen Gewebes Infektionen Verletzung benachbarter Organe und Gewebestrukturen Bei Gabe von **Beruhigungs-** oder Schmerzmitteln kann es in sehr seltenen Fällen zu Atem- oder Herz-Kreislaufstörungen kommen. We

**RISIKO:**

**\*risik\* + untersuchung**

N Concordance

1 rkeit sollten die Geschwister eines erkrankten Kindes stets mit untersucht werden, um eine eventuelle Erkrankung erkennen zu können. Eine genetische Untersuchung kann das **Risiko** der Geschwister, auch zu erkranken, abschätzen. Ein Kind mit erblichem Retinoblastom hat aufgrund des Therapie der Retinoblastoms ein erhöhtes Risiko einen Hirntu

2 Diagnostik "einen erheblichen Anteil" an der Krebsentstehung hat. Jeder Arzt müsse sich fragen, ob der Patient "einen Nutzen hat, der das **Risiko** der Untersuchung rechtfertigt". Andere Kritiker betonen, daß bei den unter 50jährigen Frauen die Lebensverlängerung durch Mammographie ein st

3 n am besten helfen. Körperliche Untersuchung Zunächst muß der Patient gründlich körperlich untersucht und nach möglichen **Risikofaktoren** gefragt werden. Zur klinischen Untersuchung gehört die gründliche Tastuntersuchung der Schilddrüse zur Beurteilung des Primärtumors

4 ung von chronischem Sodbrennen sowie das Meiden der erwähnten karzinogenen Substanzen. Bei Barrett-Syndrom sollte wegen des erhöhten **Risikos** eine regelmäßige Untersuchung (Ösophagoskopie) der Speiseröhre erfolgen, um bereits kleine Tumore bzw. deren Vorstufen zu finden und

5 Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgespräches geklärt werden, ob Kontraindikationen zur Untersuchung vorliegen. Im Einzelfall muss über mögliche **Risiken** der Untersuchung aufgeklärt werden. Das Aufklärungs-gespräch muss schriftlich dokumentiert werden (Aufklärungsbogen) und mit persönlich

6 plikationen können auftreten? Da keine gefährlichen Strahlen ausgesendet werden, ist die Ultraschall-Untersuchung praktisch **risikolos**. Auch die Untersuchung von Schwangeren ist daher möglich. Welche anderen Untersuchungsmöglichkeiten bestehen?

7 Unter bestimmten Umständen darf eine ERCP nicht durchgeführt werden, oder der Arzt muss zumindest zwischen Nutzen und **Risiko** der Untersuchung abwägen. Dies ist der Fall bei: Akuter Entzündung der Bauchspeicheldrüse

8 Herzmuskelschwäche, akutem Herzinfarkt und Blutgerinnungs-Störungen muss der Arzt zwischen Nutzen und **Risiko** der bronchoskopischen Untersuchung abwägen. Um die genannten Erkrankungen auszuschließen, werden vor der Bronchoskop

#### **risik\* + verletzung\***

N Concordance

1 ls zurückzuführen ist. Es handelt sich hier jedoch selten um eine dauerhafte Schädigung. Auch das **Risiko** von **Verletzungen** im Rahmen der Zystoskopie wie Perforation (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering.

#### **narkoserisik\***

N Concordance

1 orfeld einer Thorakoskopie zu beachten? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen **Narkoserisiken** aufgeklärt. Außerdem überprüft der Arzt mit einer Blutuntersuchung das Blutbild, die Gerinnung und die

2 likationen können bei der ERCP auftreten? Da der Arzt eine Kurznarkose durchführt, bestehen für den Patienten die allgemeinen **Narkoserisiken**. Nach einer ERCP steigt in etwa 50 Prozent der Fälle im Blut die Konzentration der Lipase an. Dabei handelt

#### **GEFAHR:**

##### **gefahr\* + untersuchung**

N Concordance

1 relativ dick und die Untersuchung daher schmerzhaft. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht **gefahrlose** und fast schmerzfreie Untersuchung ist, verdankt sie zwei Neuentwicklungen der Medizin: Neben dünneren Stanznadeln wurde auch eine Pis

2 Veränderungen ab. Eine alternative Methode zur Brustuntersuchung bietet die Ultraschall-Untersuchung (Sonographie). Sie ist praktisch **gefahrlos**, ist aber nicht geeignet zur Früherkennung von Brustkrebs. Die Kernspin-Tomographie (MRT, Magnet-Resonanz-Tomographie) ist zum Erkennen von

##### **gefahr\* + ~\*krebs\***

N Concordance

1 rebszellen der näheren Umgebung sterben ab. Da p53 nur bei geschädigten Zellen zur Apoptose führt, besteht bei einer Behandlung keine **Gefahr** für gesundes Gewebe. Hier verschwinden die Viren nach einiger Zeit, ohne eine Wirkung entfaltet zu haben. Die Virengabe durch Injektion schl

2 tumorbedingte Undichtigkeiten der Speiseröhrenwand sichtbar machen. Vorsicht ist bei hochsitzenden Tumoren geboten wegen der **Gefahr** des Verschluckens. Kontrastmittel gelang dann in die Lunge und kann dort eine Entzündung verursachen. Computertomographie eine Röntg

3 danach mit Kontrastmittel eine Durchleuchtung mit Aufnahmen gemacht. Als Kontrastmittel wird in der Regel Bariumsulfat verwendet. Bei **Gefahr** des Austretens des Kontrastmittels in den Bauchraum wird statt Bariumsulfat ein jodhaltiges Kontrastmittel oral verabreicht. Diagnostizierbar



- 4 kann es über die Hirnhaut zu einer Mitbeteiligung von Hirnstrukturen kommen. Wenn der Tumor in das Blutgefäßnetz des Auges einwächst, besteht die **Gefahr** der hämatogenen Metastasierung, also der Absiedlung von Tochtergeschwülsten über das Blut. Bevorzugt betroffen sind das Knoche
- 5 systemische Chemotherapie, die gegebenenfalls mit einer Bestrahlung kombiniert werden kann. Heute sind eine Reihe von Risikofaktoren bekannt, die die **Rezidivgefahr** bei einer alleinigen Strahlentherapie soweit erhöhen, dass auch bei Patienten mit lokalisierten Stadien eine kombinierte Radio-Chemotherapie sinn
- 6 5.eine Spirale 6.Aneurisma-Klammern 7.Tätowierungen Sicherheitshinweise 1. **Gefahren** durch Magnetfelder und Hochfrequenz Da ein MRT ohne ionisierende Strahlung arbeitet, ist bei bestimmungsgemäßem Gebrauch eines für die Un
- 7 eräte dürfen im Untersuchungsraum verwendet werden. Im Zweifelsfalle entscheiden der diensthabende Arzt oder die MTA. 6. Verhalten im **Gefahrenfall** Gefahren durch metallische Gegenstände: Durch die Beschleunigung metallischer Gegenstände wie z. B. Gasflaschen, Liegen, m
- 8 Untersuchungsraum verwendet werden. Im Zweifelsfalle entscheiden der diensthabende Arzt oder die MTA. 6. Verhalten im Gefahrenfall **Gefahren** durch metallische Gegenstände: Durch die Beschleunigung metallischer Gegenstände wie z. B. Gasflaschen, Liegen, medizinische Geräte usw. kö
- 9 die Punktion des Duralsackes mit einer feinen Kanüle in Höhe des 4. oder 5. Lendenwirbels gewinnen. Die Punktion des Duralsackes kann an dieser Stelle **gefährlos** vorgenommen werden, weil das Rückenmark etwa auf Höhe des ersten Lendenwirbels endet. Beckenwärts liegen nur einzelne dünnen Nervenfasern im Duralsac
- 10 eßen, so daß ein "normales" Wasserlassen möglich ist. Die TUR und Strahlentherapie Die alleinige Strahlentherapie ist beim Harnblasenkarzinom durch die **Gefahr** der Nebenwirkung in Form einer Schrumpfbilase oder einer chronischen Blasenentzündung begrenzt. Deshalb wird die Strahlentherapie in der Regel in Kombina
- 11 Bronchialsekret kann auch im Rahmen einer Bronchoskopie entnommen werden. Diese Methode liefert genauere Ergebnisse, da die **Gefahr** der Kontamination, also einer Verunreinigung des Sekrets mit Keimen aus dem Nasen-Rachen-Raum geringer ist als beim
- 12 relativ dick und die Untersuchung daher schmerzhaft. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht **gefährlose** und fast schmerzfreie Untersuchung ist, verdankt sie zwei Neuentwicklungen der Medizin: Neben dünneren Stanznadeln wurde auch eine Pis
- 13 Veränderungen ab. Eine alternative Methode zur Brustuntersuchung bietet die Ultraschall-Untersuchung (Sonographie). Sie ist praktisch **gefährlos**, ist aber nicht geeignet zur Früherkennung von Brustkrebs. Die Kernspin-Tomographie (MRT, Magnet-Resonanz-Tomographie) ist zum Erkennen von
- 14 Divertikulitis (Entzündung von Darmwand-Ausstülpungen) leiden, besteht die **Gefahr**, dass das Koloskop bei der Untersuchung die Darmwand durchstößt (Perforation). Um diese Komplikation

**\*gefähr\* + methode**

N Concordance

1 Ausschluß einer Gehirntumorerkrankung nur eine untergeordnete Bedeutung. Das Elektroencephalogramm (EEG) ist eine schnell verfügbare, **ungefährliche** und preiswerte **Methode**. Sie gibt über die Aufzeichnung der Hirnströme Hinweise auf Funktionsstörungen des Gehirns. Gehirntumoren könn

**\*gefähr\* + untersuchung\***

N Concordance

1 önnen. Erst die Operation mit Entnahme und Untersuchung von Gewebeproben bringt endgültige Klarheit. Die Feinnadelbiopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me

2 e (Biopsie) erfolgt üblicherweise in Narkose während der direkten Kehlkopfspiegelung unter mikroskopischer Sicht. Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me

3 eschwerdefrei ist die Biopsie in Allgemeinnarkose, die darüber hinaus zu einer Blasenspiegelung ausgenutzt werden kann. Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me

4 ser Gewebeverband wird anschließend fixiert und unter dem Mikroskop betrachtet (histologische Untersuchung). Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me

5 n Schnellschnitt auf seine Bösartigkeit hin untersucht. Von diesem Ergebnis hängen alle weiteren Behandlungsschritte ab. Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me  
6 adeln mit größerem Durchmesser, kann er dabei auch Gewebeprobe für die Untersuchung durch einen Pathologen gewinnen. Die Biopsie ist ein **ungefährliches Untersuchungsverfahren**. Die zuweilen geäußerte Befürchtung, bei der Entnahme könnten Tumorzellen "ausgeschwemmt" werden, die dann Me  
7 nnen bei der Schilddrüsen-Sonographie auftreten? Die Ultraschall-**Untersuchung** der Schilddrüse ist **ungefährlich**. Welche anderen Untersuchungsmöglichkeiten gibt es? Eine Blutuntersuchung, bei der die Schilddrüsenhormone  
8 en die hohe Zahl der Todesfälle hilft nur eine bessere Diagnostik. Viel zu oft werden Krebsherde bei der Mammografie nicht erkannt. "Das ist so **gefährlich** wie gar keine **Untersuchung**. Die Frau wiegt sich dann in Sicherheit", warnt Martina Schröder vom Feministischen Frauengesundheitszentrum

### hautschnitt

N Concordance

1 eumothorax erzeugt werden, damit die Pleurahöhle verbreitert und damit besser einsehbar ist. Dazu wird über einen kleinen **Hautschnitt** zwischen zwei Rippen ein rohrartiges Instrument (Trokar) in die Brusthöhle eingeführt. Über den Trokar schiebt der Arzt das Thorakoskop

2 Ein Pneumothorax wird in der Regel mit der Bülow-Drainage behandelt. Diese wird mit Hilfe einer speziellen Nadel über einen kleinen **Hautschnitt** in den fünften oder sechsten Zwischenrippenraum des vorderen, seitlichen Brustkorb-Bereichs eingebracht. Die B

3 ckenkamm, das Kniegelenk, der Oberschenkelknochen oder der Oberarmknochen. Nach der Betäubung setzt der Arzt einen kleinen **Hautschnitt** über dem entsprechenden Knochen, schiebt eine Hohladel (Kanüle) in den Knochen vor und entnimmt durch sie ein Stück Knochengewebe. Dies

### schnitt

N Concordance

1 Uterus und die Zervix zusammen mit dem Tumor entfernt werden. Wenn der Uterus durch die Vagina entfernt wird, nennt man die Operation eine "vaginale Hysterektomie". Wird der Uterus durch einen **Schnitt** in Ihren Bauchbereich entfernt, nennt man die Operation "totale abdominale Hysterektomie". Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mit entfernt, das wird dann "beidseitige

2 iter als 70 Jahre sind, oder eine Operation wünschen. Die "radikale Prostatektomie" ist die Entfernung der Prostata und etwas umliegendes Gewebe. Ihr Arzt wird die Operation entweder durch einen **Schnitt** in das Perineum (zwischen dem Hodensack und dem Darmausgang) als sogenannte "perineale Prostatektomie" oder durch einen Schnitt in den Unterleib als sogenannte "retropubische Prostatekto

3 liegenden Gewebes. Ihr Arzt wird die Operation entweder durch einen Schnitt in das Perineum (zwischen dem Hodensack und dem Darmausgang) als sogenannte "perineale Prostatektomie" oder durch einen **Schnitt** in den Unterleib als sogenannte "retropubische Prostatektomie" durchführen. Die radikale Prostatektomie wird nur dann vorgenommen, wenn der Tumor sich noch nicht außerhalb der Prostata v

4 tersuchen. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Ihr Arzt wird vielleicht auch mit einer Nadel Lungengewebe von dort entnehmen, wo er bei der Bronchoskopie schwer hinkommt. In Ihre Haut wird ein **Schnitt** eingebracht und die Nadel wird zwischen Ihre Rippen durchgeschoben. Das nennt man eine Nadel Aspirationsbiopsie. Ihr Arzt untersucht dann unter dem Mikroskop das Lungengewebe auf Krebsze

5 ner der folgenden Operationsmethoden wird der Tumor entfernt. "Totale abdominale Hysterektomie" und "beidseitige Salpingoophorektomie": der Uterus, die Eileiter und Eierstöcke werden durch einen **Schnitt** in Ihrem Bauchbereich entfernt. Die Lymphknoten im Becken werden möglicherweise mit entfernt (Lymphknotendissektion). Lymphknoten sind kleine bohnenförmige Strukturen, die überall im Körp

6 eim Stuhlgang keine Einschränkungen entstehen müssen. Die "Abdominoperineale Resektion" (Bauchraum und Damm einzubeziehende Operation) werden der Anus und das Ende des Rektums durch einen **Schnitt** in Bauchraum und Damm (der Damm liegt zwischen dem Anus und dem Hodensack bzw. der Scham) entfernt. Dann wird ein künstlicher Darmausgang (Stoma) angelegt (normalerweise im Bereich

7 onchialabschnitten absaugen und ähnlich wie Sputum unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen. Mediastinoskopie Unter Vollnarkose wird durch einen kleinen **Schnitt** über dem Brustbein

ein Gerät mit einem optischen System in den mittleren Brustraum (Mediastinum) vorgeschoben (Mediastinoskopie). Durch das röhrenförmig

8 Verdacht auf Hodenkrebs ist eine Einweisung in eine Klinik notwendig, dort erfolgt die operative Freilegung des Hodens über einen **Schnitt** in der Leiste. Während der Operation wird eine Gewebeprobe entnommen und direkt mikroskopisch untersucht. Bestätigt

9 spielsweise eine Zange. Er kann nun Gewebeproben (Biopsien) entnehmen. Falls es notwendig ist, kann er auch die Mündung der Gangsysteme durch einen **Schnitt** erweitern (Papillotomie). Darüber hinaus ist mit Hilfe einer ERCP die Entfernung mündungsnaher Gallensteine möglich

#### perforation

N Concordance

1 rengung der Bronchien) Hypoxämie (zu niedriger Sauerstoffgehalt im Blut) Blutungen  
**Perforation** (Verletzung des Bronchialsystems, wobei die Bronchialwand durchbohrt wird)  
Pneumothorax (Kollaps eines oder beider

2 Sehr selten können folgende Komplikationen auftreten: Verletzungen der Darmwand bis hin zu einem Durchbruch, der so genannten **Perforation**. Allergische Reaktionen auf das eingespritzte Verödungsmittel Infektionen

3 Darmwand-Ausstülpungen) leiden, besteht die Gefahr, dass das Koloskop bei der Untersuchung die Darmwand durchstößt (**Perforation**). Um diese Komplikation zu vermeiden, wird der Arzt in diesem Fall auf eine Koloskopie verzichten.

4 Untersuchung kommen. In sehr seltenen Fällen kann es bei der Dickdarmspiegelung zur Durchstoßung der Darmwand (**Perforation**) kommen. Nachblutungen sind, vor allem nach Abtragung von Polypen, möglich. Durch die Gabe eines sedierenden Me

5 Bauchspeicheldrüsen-Entzündung (Pankreatitis) führen. Ebenfalls gering ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Durchbohrung des Gewebes (**Perforation**), Entzündungen der Gallenwege oder Blutungen kommt. Welche alternativen Untersuchungsmethoden zur ERCP besteh

6 rengung von Bronchien) Hypoxämie (zu niedriger Sauerstoffgehalt im Blut) Blutungen  
**Perforation** (Verletzung des Bronchialsystems, wobei die Bronchialwand durchbohrt wird)  
Pneumothorax (Kollaps eines oder beider

7 delt sich hier jedoch selten um eine dauerhafte Schädigung. Auch das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Zystoskopie wie **Perforation** (Durchbohren) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering. Entzündungen von Nieren oder Prostata kommen ebenfalls

#### \* bohr\*

N Concordance

1 olgenden Beschwerden haben: schwacher oder unterbrochener Urinfluß, häufiges Wasserlassen (insbesondere nachts), Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen oder **bohrende** Schmerzen in Rücken, Hüfte oder Becken. Häufig fehlen Beschwerden bei Prostatakrebs im Frühstadium. Um Sie zu untersuchen, wird Ihr Arzt einen Finger mit übergezogenem Fingerling in den D

2 ffs eine kleine Gewebeprobe aus dem Tumor entnehmen, welche dann unter dem Mikroskop untersucht wird. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Manchmal wird vorsichtig ein kleines Loch in den Schädel **gebohrt** und dann mit einer Nadel eine kleine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen. Die Art der Behandlung und die Heilungschancen (Prognose) Ihres Kindes hängen ab von dem Ort, wo der Tumor wächst, s

3 ffs eine kleine Gewebeprobe aus dem Tumor entnehmen, welche dann unter dem Mikroskop untersucht wird. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Manchmal wird vorsichtig ein kleines Loch in den Schädel **gebohrt** und dann mit einer Nadel eine kleine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen. Die Art der Behandlung und die Heilungschancen (Prognose) Ihres Kindes hängen ab von dem Ort, wo der Tumor wächst, s

4 ffs eine kleine Gewebeprobe aus dem Tumor entnehmen, welche dann unter dem Mikroskop untersucht wird. Dieser Vorgang wird Biopsie genannt. Manchmal wird vorsichtig ein kleines Loch in den Schädel **gebohrt** und dann mit einer Nadel eine kleine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen. Die Art der Behandlung und die Heilungschancen (Prognose) Ihres Kindes hängen ab von dem Ort, wo der Tumor wächst, s

5 iner bestimmten Form der lokalen Bestrahlung, der interstitiellen Strahlentherapie kombiniert werden. Bei der stereotaktischen Biopsie wird durch ein kleines **Bohrloch** im Schädel eine feine Nadel in

das Gehirn eingeführt und bis zum Tumorgebiet vorgeschoben, aus dem dann mehrere kleinste Gewebeprobe entnommen und dem Neuropathol

6 nnt, muss im Zweifelsfall eine Gewebeprobe zur histologischen Untersuchung gewonnen werden. Diese Probengewinnung kann sowohl im Rahmen einer offenen Operation oder durch ein **Bohrloch** stereotaktisch durchgeführt werden. Trotz intensiver Tumorsuche wird der Primärtumor nur bei 20% der Patienten gefunden. Weit an erster Stelle (68%) kommen Adenokarzinome der

7 diesem Zwecke untersucht ein Neuropathologe eine Gewebeprobe. Je nach Lage des Tumors kann die Probengewinnung sowohl durch eine offene Operation (Trepanation) oder durch ein kleines **Bohrloch** (stereotaktische Biopsie) erfolgen. Bei der stereotaktischen Biopsie wird durch ein kleines Loch im Schädel eine feine Nadel in das Gehirn eingeführt und bis zum Tumor

8 ötigt, die unter Zuhilfenahme eines Stereotaxierrahmens, der am Kopf des Patienten befestigt wird, erstellt wurden. Ein Computer berechnet mit diesen Daten die Lokalisation des **Bohrloches** im Schädelknochen und hilft damit bei der Steuerung der Punktionsinstrumente. Die chirurgische Entfernung eines Hirntumors hat vor anderen Behandlungsmethoden den Vor

9 rzugte Strahlenquelle für das Afterloading ist das Radionuklid Iridium 192 mit einer Halbwertszeit von rund 74 Tagen. Mit dieser Methode werden auch Hirntumoren bestrahlt. Über **Bohrlöcher** in der Schädelkalotte werden operativ Katheter in den Tumor implantiert. Über diese Katheter kann, wie beschrieben, die Strahlenquelle eingeführt werden. Auf diese W

10 riger Sauerstoffgehalt im Blut) Blutungen Perforation (Verletzung des Bronchialsystems, wobei die Bronchialwand **durchbohrt** wird) Pneumothorax (Kollaps eines oder beider Lungenflügel) Welche anderen Untersuchungsmöglichkeiten kö

11 einer Bauchspeicheldrüsen-Entzündung (Pankreatitis) führen. Ebenfalls gering ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer **Durchbohrung** des Gewebes (Perforation), Entzündungen der Gallenwege oder Blutungen kommt. Welche alternativen Untersuchungsmethoden zur ERCP

12 riger Sauerstoffgehalt im Blut) Blutungen Perforation (Verletzung des Bronchialsystems, wobei die Bronchialwand **durchbohrt** wird) Pneumothorax (Kollaps eines oder beider Lungenflügel) Welche alternativen Untersuchungs-Möglichke

13 er jedoch selten um eine dauerhafte Schädigung. Auch das Risiko von Verletzungen im Rahmen der Zystoskopie wie Perforation (**Durchbohren**) der Harnröhre oder Blase sind sehr gering. Entzündungen von Nieren oder Prostata kommen ebenfalls selten vor.

## UNANNEHMLICHKEIT / BELASTUNG / ERTRÄGLICHKEIT:

### unannehmlich\*

N	Concordance	Set	Tag	Word No.	File	%
---	-------------	-----	-----	----------	------	---

1 g zur exakten Diagnose aufwendiger. Hier muß der Arzt verschiedene Methoden anwenden, um das Lymphom genau bestimmen zu können. Die meisten dieser Methoden sind schmerzlos und bringen nur wenig **Unannehmlichkeiten** für die Patienten mit sich. Die genaue Diagnose und Klassifikation des Non-Hodgkin-Lymphoms ist jedoch äußerst wichtig, weil von ihr das weitere Vorgehen und die Art der Behandl

### belastung\*

N	Concordance
---	-------------

1 chfell (Muskel unter der Lunge, der die Atmung kontrolliert) übergriffen hat, kann sich Flüssigkeit unter den Lungen bilden und Atemnot hervorrufen. Einige Frauen haben wegen einer familiären **Belastung** mit Eierstockkrebs ein größeres Risiko, Eierstockkrebs zu bekommen. Frauen, bei denen zwei oder mehr nahe Familienangehörige von Eierstockkrebs betroffen sind oder waren, könnten ein f

2 chte oder Neurodermitis. Dabei hat die Dermatologie unterdessen auch für Leiden ein Rezept, die eher verschwiegen werden und dennoch für Betroffene eine große **Belastung** sind - bis zur Arbeitsunfähigkeit. Der Name: Hyperhidrosis, übermäßiges Schwitzen unter den Achseln, an den Händen oder Füßen. Die St. Georger haben davon eine ju

3 Mini-Endoskopie verbessert Krebs-Früherkennung Immer kleinere und besser auflösende Geräte im Einsatz gegen Magen-Darm-Erkrankungen - Geringere **Belastungen** für Patienten Von Peter Stiefelhagen Berlin - Für die Erkennung von Magen-Darm-Erkrankungen ist die Spiegelung der entsprechenden Organe, auch Endos

4 regelmäßige Kontrollen. Früherkennungsprogramme spätestens ab dem 40. Lebensjahr, die auch von den Krankenkassen angeboten werden, sind bekannt. Bei erblicher **Belastung** sollten sie noch früher

eingesetzt werden - speziell auch beim Mammakarzinom. Jede Frau sollte auch ihren eigenen Körper genauestens beobachten. Die

5 Vielfach wird bemängelt, daß die Ärzte nur ihren Profit steigern wollten und alte Geräte einsetzen. Dadurch sollen Patientinnen das 20fache der eigentlich notwendigen **Belastung** erhalten haben. Laut Kalkulationen der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP) sterben in Deutschland pro Jahr 8000 Menschen an den Folgen der

6 dann schließt sich die Bestimmung des Tumorstadiums an. Die hierzu erforderlichen Untersuchungen können auf ein vertretbares Minimum beschränkt werden, um die **Belastung** für den Patienten möglichst gering zu halten. Beispielsweise kann der Pathologe die Größe des Karzinoms anhand der Anzahl der Stanzzyylinder, die Krebs

7 Patienten bereits klinische Symptome nachzuweisen, die auf eine Erkrankung des Gehirns hindeuten. Computertomographie (CT) Die Computertomographie (CT) ist ein **belastungsfreies** Schnittbildverfahren, bei dem Röntgenstrahlen das Schädelinnere durchdringen und mit Fühlern aufgefangen werden, die ringförmig um den Kopf i

8 Punktion Zytologische oder histologische Untersuchungen, also Untersuchungen von Zell- und Gewebeproben, sind heute bei der Mehrzahl der Patienten ohne große **Belastung** des Betroffenen durch eine durch Ultraschall- oder CT-gesteuerte Punktion möglich. Mittels einer Feinnadelbiopsie läßt sich Flüssigkeit aus Zysten oder

9 eutig geklärt, jedoch sind eine Reihe von Risikofaktoren bekannt. Genetische (vererbte) Risikofaktoren Das Risiko an Magenkrebs zu erkranken ist bei erblicher **Belastung** erhöht. So ist ein 3,7fach erhöhtes Risiko bei Erkrankung von Familienmitgliedern ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) bekannt. Menschen mit

10 roten Blutkörperchen) mit Blässe Müdigkeit Tachykardie (erhöhte Herzfrequenz) Leistungsschwäche und Dyspnoe (Luftnotgefühl) bei **Belastung** Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen) mit Petechien (punktförmige Einblutungen in die Haut ohne äußere Ursache) Nasenbl

11 oren gibt es bisher keine überzeugenden Hinweise. Ebenso wenig konnte bislang ein Zusammenhang zwischen einem Hirntumor und Elektrosmog, Stress und außergewöhnlichen seelischen **Belastungen** oder Infektionen und Impfungen nachgewiesen werden. Auch bei kindlichen Hirntumoren konnten keine besonderen Risikofaktoren oder negative Einflüsse der Umwelt aufgedeckt we

12 e Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff feststellen zu können und somit eine Stenosierung der Herzkranzgefäße nachzuweisen empfiehlt sich, stets ein **Belastungs-EKG** anzufertigen. Dies geschieht in der Regel mit einem Fahrradergometer, das in einstellbaren Intervallen verschiedene Belastungen, in Watt gemessen, zulässt. M

13 empfiehlt sich, stets ein **Belastungs-EKG** anzufertigen. Dies geschieht in der Regel mit einem Fahrradergometer, das in einstellbaren Intervallen verschiedene Belastungen, in Watt gemessen, zulässt. Man kann formulieren: Das EKG ist die zeitliche Registrierung auf der Körperoberfläche des vom Herzen ausgehenden zeitlic

14 iagnose von Herzrhythmusstörungen ist eine Domäne der EKG-Diagnostik. Heute stehen verschiedene moderne Untersuchungsmethoden, wie z.B. das Langzeit-EKG, das **Belastungs-EKG**, die Ableitungen in der Speiseröhre, die Elektrographie des Hischen Bündels sowie die Vorhof- und Kammerstimulation zur differenzierten Diagnostik zur Verfü

15 en und ist nicht schmerzhaft. Da die Haut jedoch gereizt werden kann, dürfen die im Strahlenfeld liegenden Flächen während der Therapie nicht gewaschen oder einer mechanischen **Belastung** ausgesetzt werden. Eine leichte Hautrötung wie sie auch bei einem leichten Sonnenbrand vorkommen kann, läßt sich mit Puder lindern und verschwindet nach Beendigung der Therap

16 erdings unter einer Hautentzündung im Analbereich, weil hier die Haut zwangsläufig fast mit der gesamten Strahlendosis belastet wird und zudem eine mechanische und hygienische **Belastung** durch Stuhl, Durchfälle und dem Reinigen des Analbereichs besteht. Wenn nach einer kombinierten Strahlen-Chemotherapie noch Resttumor vorhanden ist, kann eine radikale

17 fernung eines einzigen Lymphknotens. Besonders für jüngere Patientinnen kann eine Brustamputation eine enorme psychische **Belastung** sein. Sie sollten sich nicht scheuen, in diesem Fall eine unterstützende Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Mit

18 Blasenkrebs kann durch äußere Einflüsse hervorgerufen werden. Zu den Risikofaktoren gehören: Rauchen Ständige **Belastung** des Organismus durch Chemikalien beispielsweise Farbstoffe Bestimmte Formen einer chronischen Harnblasen

**belastung\* + gering\***

N Concordance

1 Mini-Endoskopie verbessert Krebs-Früherkennung Immer kleinere und besser auflösende Geräte im Einsatz gegen Magen-Darm-Erkrankungen - Geringere **Belastungen** für Patienten Von Peter Stiefelhagen Berlin - Für die Erkennung von Magen-Darm-Erkrankungen ist die Spiegelung der entsprechenden Organe, auch Endos

2 dann schließt sich die Bestimmung des Tumorstadiums an. Die hierzu erforderlichen Untersuchungen können auf ein vertretbares Minimum beschränkt werden, um die **Belastung** für den Patienten möglichst gering zu halten. Beispielsweise kann der Pathologe die Größe des Karzinoms anhand der Anzahl der Stanzzyylinder, die Krieb

**\*erträglich\***

N Concordance

1 ngs im Anschluß oder begleitend zur Chemotherapie die Möglichkeit, supportive Maßnahmen einzusetzen. Dadurch wird die Behandlung für die Patientin einerseits **erträglicher**. Andererseits sind Metastasen seltener. WELT: Welche supportiven Maßnahmen meinen Sie? Dittmar: Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten. Einmal spi

2 einsetzbar ist, hängt noch von verschiedenen Studien ab. Es ist beispielsweise noch möglich, daß Baculoviren aus bisher unbekanntem Gründen für den Menschen **unverträglich** sind. In Deutschland erkranken pro Jahr mehr als 330 000 Menschen erstmals an bösartigen Neubildungen. An erster Stelle steht bei den Männern der

3 fristig ist sie der alleinigen Kortisontherapie überlegen. Die Kortisontherapie muss allerdings mindestens während der Dauer der Bestrahlung fortgesetzt werden, weil sie deren **Verträglichkeit** entscheidend verbessert. Die Bestrahlung wird mit einem Linearbeschleuniger über Gegenfelder durchgeführt. Die Dosis bei der Bestrahlung des gesamten Gehirns beträgt

4 erung hat auf das Behandlungsergebnis Studien zu Folge keinen Einfluss. Es muss daher im Hinblick auf die schlechte Prognose ein Kompromiss zwischen kurzer Behandlungsdauer und besser **verträglicherer** starker Fraktionierung gefunden werden. In einigen Fällen ist auch eine Chemotherapie alleine oder im Verbund mit einer Bestrahlung wirksam. Vor einer chirurgis

5 Häufig werden von den Patienten Ernährungsfehler für eventuelle Magenbeschwerden mit Druckgefühl im Oberbauch verantwortlich gemacht. Eine neu aufgetretene **Unverträglichkeit** von Kaffee, Obst, Alkohol, insbesondere von Wein und Sekt, sowie eine Abneigung gegen Fleisch und zunehmend Appetitlosigkeit sind typische Beschwerden. Ob

6 Untersuchung noch gesteigert werde. Das Kontrastmittel enthält als wichtigsten Wirkstoff Jod. Jod hat die Eigenschaft, Röntgenstrahlen relativ stark zu schwächen. Zur besseren **Verträglichkeit** ist Jod an ein organisches Molekül gebunden. Normalerweise verbleibt intravenös verabreichtes Kontrastmittel, welches mit dem Kreislauf das Gehirn erreicht, innerhalb d

7 ich der CT kann man zur Steigerung des Kontrastes zwischen krankem und gesundem Gewebe Kontrastmittel einsetzen. Diese enthalten meist das Element Gadolinium. Dieses wird zur besseren **Verträglichkeit** an ein organisches Molekül gebunden. Kontrastmittel, die Gadolinium in dieser Form enthalten, zeichnen sich durch eine besonders niedrige Nebenwirkungsrate aus.

8 n Nebenwirkungen. Die wichtigste akute Nebenwirkung ist die vorübergehende Verstärkung des lokalen Hirnödems, welches den Tumor häufig umgibt. Zur Verbesserung der allgemeinen **Verträglichkeit** und wegen seiner antiödematösen Wirkung wird begleitend zur Strahlentherapie ein Kortikosteroid verabreicht. Durch eine vermehrte Flüssigkeitseinlagerung in der Periphe

9 ft in erstaunlich kurzer Zeit bessern. Die Kortisongabe ist auch während einer Strahlentherapie erforderlich, weil diese ein Ödem zunächst verstärken kann. Auch die allgemeine **Verträglichkeit** der Strahlentherapie, abgesehen von der Wirkung auf das Ödem, wird verbessert. Pilozytische Astrozytome (Grad I) sind meist vollständig operabel. Bei einer inko

10 es Überlebensrate beträgt 90 % , wenn die oben beschriebene Strahlentherapie zusammen mit einer Chemotherapie durchgeführt wird. Dazu wird 5-FU (5-Fluorouracil), ein spezielles und gut **verträgliches** Chemotherapeutikum in der ersten Woche und 5. Woche der Strahlentherapie täglich über 24 Stunden mit Hilfe einer kleinen tragbaren Pumpe verabreicht (Dauerinfusio

11 zu verabreichen. Der Patient bekommt dieses Kontrastmittel kurz vor der Untersuchung in eine Vene gespritzt. Dieses Kontrastmittel ist im Allgemeinen gut **verträglich**. Die Untersuchungsdauer hängt stark von der zu untersuchenden Region ab, beträgt im Durchschnitt aber 30 Minuten. Während

**erträglich\***

N Concordance Set Tag Word No. File %

1 ngs im Anschluß oder begleitend zur Chemotherapie die Möglichkeit, supportive Maßnahmen einzusetzen. Dadurch wird die Behandlung für die Patientin einerseits **erträglicher**. Andererseits sind Metastasen seltener. WELT: Welche supportiven Maßnahmen meinen Sie? Dittmar: Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten. Einmal spi

**SCHMERZ:**

**schmerzfrei\***

N Concordance

1 rd das Gastroskop durch Ihren Mund eingeführt und in den Magen vorgeschoben. Ihr Arzt kann Ihnen vor der Untersuchung ein Lokalanästhetikum (ein Medikament, durch das Sie für kurze Zeit örtlich **schmerzfrei** werden) in Ihren Rachen sprühen oder ein Medikament zur Entspannung verabreichen, so daß Sie bei der Untersuchung keine Schmerzen verspüren. Wenn Ihr Arzt auffälliges Gewebe entdeckt

2 ndet Ultraschallwellen aus, die im Körper reflektiert und dann über einen Computer zu einem Bild verarbeitet werden. Dieses Untersuchungsverfahren ist völlig **schmerzfrei** und hat den Vorteil, daß es beliebig oft wiederholt werden kann, da der Patient keiner schädlichen Strahlenbelastung ausgesetzt ist. Leberpunktion

3 ie Strahlentherapie erfolgt im Liegen durch die Haut hindurch. Für die Behandlung werden "Zielmarkierungen" außen auf die Haut des Patienten aufgemalt. Die Bestrahlung ist **schmerzfrei**, wie auch das Anfertigen von Röntgenaufnahmen. Brachytherapie (Afterloading): Bei Speiseröhrentumoren die in das Lumen vorwachsen und dieses

4 Kunststoffschlauches (Harnleiterkatheter) wieder entlasten kann. Der Patient ist dann meist unmittelbar nach dieser Maßnahme **schmerzfrei**. Welche Komplikationen können bei der retrograden Ureteropyelographie auftreten? Komplikationen bei der Untersuc

5 aren relativ dick und die Untersuchung daher schmerzhaft. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht gefahrlose und fast **schmerzfrie** Untersuchung ist, verdankt sie zwei Neuentwicklungen der Medizin: Neben dünneren Stanznadeln wurde auch eine Pistole entwickelt, die die Nadel blitzschnell u

6 abgerufen werden Welche Komplikationen können bei der Computer-Tomographie auftreten? Die Computer-Tomographie ist **schmerzfrei**. Sehr selten kann es zu Überempfindlichkeits-Reaktionen gegen Kontrastmittel kommen wie Niesreiz, Schwindel, Üb

**schmerzhaft\***

N Concordance

1 en ihrer Vulva bemerken, tragen ein erhöhtes Krebsrisiko. Bei folgenden Anzeichen sollten Sie einen Arzt aufsuchen: Blutung oder Ausfluß, die nicht mit der monatlichen Periode zu erklären sind; **schmerzhafte** Jucken oder Brennen an der Vulva; weißliche Verfärbung oder eine raue Oberfläche der Vulva. Falls Sie derartige Symptome bemerken, führt Ihr Arzt möglicherweise bestimmte Untersuc

2 ist ein hohler Schlauch, in dem feste und flüssige Speise aus dem Schlund in den Magen befördert wird. Das häufigste Zeichen beim Speiseröhrenkrebs sind Schluckbeschwerden. Das Schlucken kann **schmerzhaf** sein, oder der Patient leidet unter Schmerzen hinter dem Brustbein. Wenn solche Symptome vorhanden sind, wird der Arzt normalerweise eine spezielle Röntgenuntersuchung, den sogenannt

3 A Schwangeren, um eine Fehlgeburt zu verhindern. Bei den folgenden Anzeichen sollten Sie einen Arzt aufsuchen: Blutungen oder Ausfluß der nicht mit der Periode zu erklären ist, schwieriges oder **schmerzhafte** Wasserlassen, Schmerzen während des Koitus oder im Beckenraum. Frauen können auch nach einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) Scheidenkrebs bekommen. Um abzuklären, ob es

4 s an sich entdecken: Änderung in Größe, Form oder Farbe eines Muttermals; Nässen oder Bluten aus einem Muttermal; ein Muttermal, das bei Berührung juckt und sich hart, klumpig, geschwollen oder **schmerzhaf** bei Berührung anfühlt. Melanome können am Körper auch wie ein neues Muttermal erscheinen. Melanome entstehen meistens am Rumpf (die Körperregion zwischen Schultern und Hüfte) sowie an

5 Tumors oder einem Fortschreiten der Erkrankung kann bei 30-50% der Fälle durch die Einnahme eines Zytostatikums (Estramustin) eine Besserung erzielt werden. **Schmerzhafte** Knochenabsiedlungen (Metastasen) werden medikamentös (Bisphosphonate) und mit Strahlentherapie behandelt. Durch eine Schmerztherapie kann die Lebensqualität de

6 ittenen Erkrankungsstadien werden die Symptome durch den zusätzlichen Befall extralymphatischer Organe bestimmt: Vergrößerung von Leber und Milz (Hepato- und Splenomegalie) **Schmerzhafte** Infiltrationen des Skelettes, evtl. mit: pathologischen Frakturen, also Knochenbrüchen Kompression des Rückenmarkes mit neurologischen Symptomen, z.B.

7 ben nach 10 Jahren noch etwa 55 % der Patienten. Die Strahlentherapie besitzt eine sehr gute Wirksamkeit bei der Verkleinerung der Milz und zur Behandlung des **schmerzhafte** Knochenbefalls. Die Strahlentherapie bessert dabei nicht nur die Beschwerden im behandelten Areal, sondern führt oft bereits bei geringen Dosen

8 genfeldern. Das bedeutet, daß der Strahlenkegel die Brust und die Brustwand unter Schonung der Lunge nur streift. Die Behandlung selbst dauert nur wenige Minuten und ist nicht **schmerzhafte**. Da die Haut jedoch gereizt werden kann, dürfen die im Strahlenfeld liegenden Flächen während der Therapie nicht gewaschen oder einer mechanischen Belastung ausgesetzt

9 Tumor verlegt ist. In diesem Fall können die Schmerzen auch in den Flanken oder im Rücken sein, wegen der Stauung oder Entzündung in der betroffenen Niere. Auch häufiges oder **schmerzhafte** Wasserlassen können Symptome sein. Grundsätzlich gilt für den Arzt, daß jede unklare Mikrohämaturie - d.h. blutiger Urin - ohne Fieber oder eindeutigen Harnwegsinfekt - b

10 Risikofaktor gelten dagegen chronische Infektionen und mechanische Beanspruchungen. Die Karzinome im Analbereich sind daher auch häufig vergesellschaftet mit Fisteln, Fissuren (**schmerzhafte** Risse). Das Analkarzinom kommt oft im Zusammenhang mit Kondylomen, also warzenartigen und gutartigen Wucherungen im Analbereich, Vaginalbereich oder am Penis vor. Wegen i

11 vor allem bei älteren Frauen auf. Wie bemerkt man die Krankheit? Die ersten Anzeichen sind kleine nässende, manchmal **schmerzhafte** und nicht heilende Hautverletzungen oder Schwellungen. Häufig werden diese von der Betroffenen überhaupt nicht bemerkt. Erst ein blutig

12 konnten. Die Bewegung der Stanznadel erfolgte dementsprechend noch langsam von Hand. Die Nadeln waren relativ dick und die Untersuchung daher **schmerzhafte**. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht gefahrlose und fast schmerzfreie Untersuchung ist, verdankt sie z

13 lität umso besser, je mehr die Brust komprimiert wird. Dieses Zusammendrücken empfinden die meisten Patientinnen als unangenehm und **schmerzhafte**. Von jeder Brust werden in der Regel zwei Bilder angefertigt. Bei unklaren Veränderungen können mehr Bilder nötig sein. A

14 Eierstöcke nicht. Wenn der Arzt diese aber während einer Unterleibsuntersuchung abtastet, können sie als **schmerzhafte** empfunden werden. Welche Symptome treten bei Eierstockkrebs auf?

#### **schmerz\* + untersuchung**

N Concordance

1 obe (Biopsie) aus der Vulva und betrachtet diese unter dem Mikroskop. Vor der Biopsie wird die entsprechende Stelle betäubt. Man kann ein leichtes Druckgefühl spüren, jedoch in der Regel keinen **Schmerz**. Diese Untersuchung wird häufig in der Arztpraxis durchgeführt. Die Chance auf Heilung (Prognose) und die Wahl der Behandlung sind abhängig vom Stadium des Krebs, ob er auf die Vulva besch

2 und in die Speiseröhre eingeführt. Vor der Untersuchung wird ein Lokalanästhetikum (eine Substanz, die eine vorübergehende örtliche Betäubung bewirkt) in den Rachenbereich gesprüht, so daß kein **Schmerz** verspürt wird. Diese Untersuchung kann in der Regel ambulant durchgeführt werden. Wenn der untersuchende Arzt Gewebe entdeckt, das nicht normal aussieht, kann er ein kleines Stückchen dav

3 hetikum (ein Medikament, durch das Sie für kurze Zeit örtlich schmerzfrei werden) in Ihren Rachen sprühen oder ein Medikament zur Entspannung verabreichen, so daß Sie bei der Untersuchung keine **Schmerzen** verspüren. Wenn Ihr Arzt auffälliges Gewebe entdeckt, wird er möglicherweise ein kleines Stück ausschneiden, damit er es unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersuchen kann. Dieser

4 t seinem Finger das Innere des Rektums vorsichtig nach Knoten abtasten. Nach dieser Untersuchung wird er das auf dem Handschuh haftende Material auf Blut untersuchen. Sollten bei der Untersuchung **Schmerzen** auftreten, so kann der Arzt auch ein Betäubungsmittel verabreichen. Es kann auch sein, daß eine kleine Gewebeprobe entnommen wird, die dann auf Krebszellen untersucht wird. Dieser Vorg

5 Während der Untersuchung läuft noch ein weiteres Kontrastmittel per Infusion in den Körper. Dies ist wichtig für die Bildschärfe. Die Untersuchung ist völlig **schmerzlos** und mit relativ geringer



Strahlenbelastung verbunden. Ultraschalluntersuchung (Sonographie) Die Sonographie des Bauches verschafft einen

6 untersuchung angewinkelt und nach außen hoch gelagert, also gespreizt. Meist verabreicht der Arzt für die Untersuchung ein **Schmerz-** oder Beruhigungsmittel . Eine Narkose ist nur selten notwendig. Die äußeren Geschlechtsorgane werden abgewaschen und steril

7 konnten. Die Bewegung der Stanznadel erfolgte dementsprechend noch langsam von Hand. Die Nadeln waren relativ dick und die Untersuchung daher **schmerzhaft**. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht gefahrlose und fast schmerzfreie Untersuchung ist, verdankt sie z

8 aren relativ dick und die Untersuchung daher schmerzhaft. Meist wurden nur zwei oder drei Proben entnommen. Dass die Prostatabiopsie heute eine recht gefahrlose und fast **schmerzfreie** Untersuchung ist, verdankt sie zwei Neuentwicklungen der Medizin: Neben dünneren Stanznadeln wurde auch eine Pistole entwickelt, die die Nadel blitzschnell u

9 rdünnen Ultraschallkopfes die genaue Darstellung der Prostata. Größe, Auffälligkeiten und Form sind gut zu beurteilen. Die Untersuchung ist **schmerzlos**. Mit einer auf die Ultraschallsonde aufgesetzten Biopsieführung ist eine sichere und genaue Biopsie möglich. Heute werden mit dieser Technik bei Verdacht auf

10 Anschließend wird das Knochengewebe in einem Labor untersucht, was in der Regel wenige Tage dauert. Bei Bedarf kann für die Untersuchung ein **Schmerz-** oder Beruhigungsmittel verabreicht werden. Wird die Untersuchung ambulant durchgeführt, sollte man nach Gabe von

## DAUER:

### dauert\* + untersuchung

N Concordance

1 en könnte. Professor Kaukel, der Hackmann damals schon während eines rund vierstündigen Eingriffs operierte, nahm die Bronchioskopie vor. Eine viertel Stunde **dauerte** die Untersuchung, für die Hackmann unter Vollnarkose gesetzt wurde. Wegen Schluckbeschwerden reichte die sonst übliche örtliche Betäubung nicht aus. "Der Professor

2 (MRT) Grundsätzlich ist die Kernspintomographie empfindlicher im Nachweis von Störungen oder Raumforderungen im Gehirn als die Computertomographie. Allerdings **dauern** die Untersuchungen länger, und aufgrund der engen Platzverhältnisse in der Untersuchungsröhre erscheint sie für ängstliche Menschen oft weniger geeignet. Sie ist

3 Körper erfaßt. So kann z.B. die Durchblutung einer bestimmten Region erfaßt werden. SPECT Aufnahmen sind bei der dynamischen Untersuchung wegen der **Dauer** der Aufnahme nicht möglich. Indikationen Durchblutungsstudien bei Verdacht auf Entzündungen,

4 itte liegen Sie völlig ruhig - jede Bewegung beeinträchtigt die Aufnahmen. Um die Klopfgeräusche zu dämpfen, erhalten Sie Ohrstöpsel oder Kopfhörer. Wie lange **dauert** eine Untersuchung? Das ist von Untersuchung zu Untersuchung verschieden. Die einzelne Messung kann bis zu 10 Minuten benötigen. Eine komplette Untersu

5 rt eine Untersuchung? Das ist von Untersuchung zu Untersuchung verschieden. Die einzelne Messung kann bis zu 10 Minuten benötigen. Eine komplette Untersuchung **dauert** zwischen 15 und 45 Minuten. Während dieser Zeit können Dutzende von Bildern aufgenommen werden. Gibt es Risiken? Die MRT ist eine äußerst sichere Untersu

6 Verteilungsvorganges im Körper erfaßt. So kann z.B. die Durchblutung einer bestimmten Region erfaßt werden. SPECT Aufnahmen sind bei der dynamischen Untersuchung wegen der **Dauer** der Aufnahme nicht möglich. Indikationen Durchblutungsstudien bei Verdacht auf Entzündungen, Tumoren. Weiterhin als erste Phase für eine sequentielle Unte

7 Organe und Strukturen im Bauchraum aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Je nach Fragestellung **dauert** die Untersuchung etwa fünf bis 15 Minuten oder auch etwas länger. Ulltraschall-Untersuchung des Bauches

8 übergeht. Es können eine einzige Messung oder mehrere Messungen notwendig sein. Je nach Untersuchung **dauert** eine Messung zehn bis 60 Minuten. Welche Komplikationen können bei einer Szintigraphie auftreten?

9 Bei Männern ist es etwas schwieriger, da die männliche Harnröhre länger und gebogen ist. Die Untersuchung an sich **dauert** nur wenige Minuten und kann auch ambulant durchgeführt werden. Die weibliche Harnröhre ist

**minut\***

N Concordance

1 t die Zelle eine Kopie des Erbguts. Mills und seine Mitarbeiter schickten in die DNA-verdoppelnden Zellen flouoreszierende Marker und konnten bereits nach 15 **Minuten** unter dem Mikroskop die Intensität des Leuchtfarbstoffs messen. Da die so genannten proliferierenden Zellen sich auch nach dem Einfrieren und Wiederauft

2 starke Nachteile für die Patienten, bis sich die Jenaer Forscher für einen körpereigenen Sensibilisator entschieden: Die Aminolävulinsäure (ALA), mit der Patienten 15 **Minuten** lang den Mund spülen müssen, wird in kurzer Zeit völlig nebenwirkungsfrei wieder abgebaut. Die Substanz sorgt dafür, dass sich Protoporphyrin IX, ein

3 rsucht. Da die Harnleiter normalerweise auf dem Röntgenbild nicht sichtbar sind, wird zur Darstellung ein Kontrastmittel in die Vene gespritzt. Nach mehreren **Minuten** ist dieses Kontrastmittel über die Niere ausgeschieden, und man kann die Harnleiter und die Blase im Röntgenbild sichtbar machen. Bei der Beurteilung d

4 Cobalt 60 $\beta$ - - Teilchen5,27 Jahre0,3 und 1,5Nickel 60 Jod 131 $\beta$ - - Teilchen8,0 Tage0,6 und 0,8Xenon 131 Kohlenstoff 11 $\beta$ + - Teilchen20,38 **Minuten**1,0Bor 11 Fluor 18 $\beta$ + - Teilchen109,7 Minuten0,6Sauerstoff 18 Natrium 22 $\beta$ + - Teilchen2,6 Jahre0,5 und 1,8Neon 22 Poloni

5 Jod 131 $\beta$ - - Teilchen8,0 Tage0,6 und 0,8Xenon 131Kohlenstoff 11 $\beta$ + - Teilchen20,38 Minuten1,0Bor 11 Fluor 18 $\beta$ + - Teilchen109,7 Minuten0,6Sauerstoff 18 Natrium 22 $\beta$ + - Teilchen2,6 Jahre0,5 und 1,8Neon 22 Polonium 210a - Teilchen138,38 Tage5,3Blei 206 Rad

6 Von den dynamischen Aufnahmen sind die sequentielle Aufnahmen abzugrenzen. Bei dieser Aufnahmeart wird in bestimmten Abständen wie z.B. 1 **Minute** über eine einstellbare Zeit (z.B. 15 s) jeweils die Aktivitätsverteilung bestimmt. Man erhält auf diese Weise eine

7 Weise eine ganze Reihe von Darstellungen. So können z.B. nach einer dynamischen Durchblutungsuntersuchung der Leber eine Reihe von jeweils einige **Minuten** andauernde Phasen abgebildet werden, die die Ausscheidung aus der Leber, den Abfluß über die Gallengänge usw. beschreiben.

8 hen Abständen erfolgen. Eine gut durchgeführte Gastroskopie erfolgt in der Regel ambulant, meist unter medikamentöser Sedierung (Dormicum), innerhalb weniger **Minuten**. Röntgenuntersuchung Magen-Darm-Passage: Unter Röntgendurchleuchtung wird die Passage von zuvor geschlucktem Kontrastmittel beobachtet. Einengungen des

9 en Sie Ohrstöpsel oder Kopfhörer. Wie lange dauert eine Untersuchung? Das ist von Untersuchung zu Untersuchung verschieden. Die einzelne Messung kann bis zu 10 **Minuten** benötigen. Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 45 Minuten. Während dieser Zeit können Dutzende von Bildern aufgenommen werden. Gibt es R

10 Das ist von Untersuchung zu Untersuchung verschieden. Die einzelne Messung kann bis zu 10 Minuten benötigen. Eine komplette Untersuchung dauert zwischen 15 und 45 **Minuten**. Während dieser Zeit können Dutzende von Bildern aufgenommen werden. Gibt es Risiken? Die MRT ist eine äußerst sichere Untersuchungsmethode. Da das Syst

11 Personengefährdung gibt es einen gekennzeichneten Notschalter zur Aufhebung des Magnetfeldes im Untersuchungsraum. Der Abbau des Magnetfeldes nimmt etwa 2-3 **Minuten** Zeit in Anspruch. Wegen des damit verbundenen kostspieligen Gasverlustes ist diese Notabschaltung nur als ultima ratio zu betrachten. Liegt keine Personengefährdung

12 ch z.B. durch Zuckungen der Extremitäten oder eine plötzliche Abwesenheit, die nur den Angehörigen auffällt, eingeleitet werden. Die Zuckungen hören meist spontan nach wenigen **Minuten** auf. Es kann aber auch zu einer Ausbreitung der "Krampfätigkeit" im Gehirn kommen. Dieser generalisierte epileptische Anfall ist stets von einem Bewusstseinsverlust begleitet.

13 d, beträgt etwa 2-6 mSv. Diese Strahlendosis entspricht ungefähr zwei konventionellen Röntgenaufnahmen des Schädels. Die reine Untersuchungszeit beträgt bei neueren Geräten nur wenige **Minuten**. Ist beim Patienten ein Eingriff am Gehirn geplant, sei es zur Punktion, zur Tumorentfernung oder zur Bestrahlungsplanung, ist die vorherige Anfertigung von Schnittbild

14 quentielle Aufnahmen Von den dynamischen Aufnahmen sind die sequentielle Aufnahmen abzugrenzen. Bei dieser Aufnahmeart wird in bestimmten Abständen wie z.B. 1 **Minute** über eine einstellbare Zeit (z.B. 15 s) jeweils die Aktivitätsverteilung bestimmt. Man erhält auf diese Weise eine ganze Reihe von Darstellungen. So können z.B. nach

15 t auf diese Weise eine ganze Reihe von Darstellungen. So können z.B. nach einer dynamischen Durchblutungsuntersuchung der Leber eine Reihe von jeweils einige **Minuten** andauernde Phasen

abgebildet werden, die die Ausscheidung aus der Leber, den Abfluß über die Gallengänge usw. beschreiben. Indikationen Lebersequenzszin

16 pers. Die Schichtdicke kann für den jeweiligen Untersuchungszweck zwischen etwa 1 mm und 8 mm vorgewählt werden. Eine Untersuchung mit Kontrastmittelgabe z.B. des Kopfes dauert ca. 10 Minuten; die des Abdomens ca. 30 **Minuten**. Die Strahlenexposition beträgt dabei, je nach Untersuchung, zwischen 0,5 cSv bis 1 cSv (1 cSv = 1/100 Sievert) für den untersuchten Bereich

17 ligen Untersuchungszweck zwischen etwa 1 mm und 8 mm vorgewählt werden. Eine Untersuchung mit Kontrastmittelgabe z.B. des Kopfes dauert ca. 10 **Minuten**; die des Abdomens ca. 30 Minuten. Die Strahlenexposition beträgt dabei, je nach Untersuchung, zwischen 0,5 cSv bis 1 cSv (1 cSv = 1/100 Sievert) für den untersuchten Bereich. Wie konventionelle Röntgenst

18 anten tangentialen Gegenfeldern. Das bedeutet, daß der Strahlenkegel die Brust und die Brustwand unter Schonung der Lunge nur streift. Die Behandlung selbst dauert nur wenige **Minuten** und ist nicht schmerzhaft. Da die Haut jedoch gereizt werden kann, dürfen die im Strahlenfeld liegenden Flächen während der Therapie nicht gewaschen oder einer mechanis

19 verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Je nach Fragestellung dauert die Untersuchung etwa fünf bis 15 **Minuten** oder auch etwas länger. Ultraschall-Untersuchung des Bauches

20 g Die Messung der ausgesandten Gamma-Strahlung erfolgt in manchen Fällen sofort oder nach einigen Minuten bis Stunden, eventuell auch erst nach Tagen. Dies hängt davon ab, wie schnell das Radionuklid in seinen stabilen Grundzustan

21 Es können eine einzige Messung oder mehrere Messungen notwendig sein. Je nach Untersuchung dauert eine Messung zehn bis 60 **Minuten**. Welche Komplikationen können bei einer Szintigraphie auftreten? Im Rahmen der Szintigraphie können folgende

22 Allgemeinen gut verträglich. Die Untersuchungsdauer hängt stark von der zu untersuchenden Region ab, beträgt im Durchschnitt aber 30 **Minuten**. Während der Untersuchung hält der Patient eine Klingel in der Hand, mit der er sich jederzeit bemerkbar machen und, falls notwendig, die

23 f die behandelnden Tumormassen ein spezieller Wirkstoff aufgetragen, nach 24 Stunden erfolgt dann auf diese Areale für 20 **Minuten** eine Lichtbestrahlung. Bei dem Basalzell-Hautkrebs erfolgt in der Regel keine Chemotherapie. Wie ist die Prognose

24 Bildqualität und Aufnahmezeit betreffend: Während die Geräte bei der ersten Generation für eine Schichtaufnahme noch fünf **Minuten** benötigten, brauchen die neuesten Geräte nur noch 500 Millisekunden und weniger. Wie funktioniert die Computer-Tomographie?

25 Die Untersuchungsdauer hängt von der Fragestellung und dem zu untersuchendem Gebiet ab. Sie beträgt zwischen zehn und 30 **Minuten**. Im Hintergrund befindet sich das CT-Gerät. Auf den Monitoren können die CT-Schnittbilder

26 findsamer ist als die Wand einer Vene. Nach dieser Blutentnahme ist es notwendig, den Mulltupfer für ca. zwei **Minuten** auf die Einstichstelle zu drücken, um eine Blutung zu verhindern. Wozu wird die

27 er, da die männliche Harnröhre länger und gebogen ist. Die Untersuchung an sich dauert nur wenige **Minuten** und kann auch ambulant durchgeführt werden. Die weibliche Harnröhre ist kurz. Hinter der Bl

28 Männer bekommen eher einen Herzinfarkt als Frauen. Aber mehr Männer als Frauen überleben die Herzattacke. Im Falle eines Infarkts kommen Frauen durchschnittlich fünf **Minuten** später in die Klinik als Männer, weil die Krankheit weder von der Patientin noch von den Ärzten sofort erkannt wird. Bei der Behandlung erhalten Männer

## ZUVERLÄSSIGKEIT:

### zuverlässig\*

N Concordance

1 Sicherer, schneller und schonender: Neue Medizintechnik auf der Medica 97 in Düsseldorf Von SILVIA von der WEIDEN Düsseldorf - Neue Verfahren für die **zuverlässige** Früherkennung und schonende Behandlung von Krankheiten werden in diesen Tagen auf der Medica 97, der weltweit größten Messe für Medizintechnik, in

2 obt und damit mehr als doppelt so viele Tumoren im Frühstadium entdeckt wie mit der herkömmlichen Methode. Ein neues Testsystem soll künftig helfen, Allergene **zuverlässig** zu entlarven. Bei Allergikern, die heftige Immunreaktionen gegen mehrere körperfremde Stoffe entwickelt haben, reichen nämlich Hauttests allein me

3 reaktionen gegen mehrere körperfremde Stoffe entwickelt haben, reichen nämlich Hauttests allein meist nicht aus, um Stärke und Spezifität der Abwehrreaktion **zuverlässig** zu bestimmen. In diversen Fällen ist eine genaue Bestimmung der vom Organismus gebildeten Antikörper im Blut unumgänglich. Da sich Antikörper eines bestimmten T

4 Das Testsystem kann 16 Allergo-Chips auf einmal auswerten. Das geschieht mit Hilfe eines Flachbettscanners und eines Computerprogramms. Das Programm erkennt **zuverlässig** sogar schwächste Markierungen auf den Chips und wandelt sie in entsprechende immunologische Daten um. Diese erscheinen für den Arzt komfortabel ab

5 der Ultraschalluntersuchung kann der Arzt auch noch nicht tastbare Metastasen feststellen. Dieses Untersuchungsverfahren hat den Vorteil, daß es vergleichbar **zuverlässig** wie die anderen bildgebenden Verfahren und zudem am kostengünstigsten ist. Es kann beliebig oft wiederholt werden, da es den Patienten keiner Strahlenbelastung

6 gestattet eine grobe Feststellung, wie weit sich der Tumor in die Prostata selbst ausgedehnt hat. Je größer die Erfahrung des untersuchenden Urologen, um so **zuverlässiger** wird er die Ausdehnung und damit auch die Masse (Volumen) der Geschwulst abschätzen können. Ultraschalluntersuchung (Sonographie)/Röntgenuntersuch

7 bietet außer der zuvor erwähnten empfindlichen Darstellung von Strukturen noch andere Vorteile: Sie ist vielerorts verfügbar, die Untersuchungszeit ist kurz, und sie erfaßt **zuverlässig** Blutungen und Verkalkungen. Kernspintomographie (MRT) Grundsätzlich ist die Kernspintomographie empfindlicher im Nachweis von Störungen

8 trograde Cholangio-Pankreatikographie) Die Gallenblase sowie die Bauchspeicheldrüse können mit dieser kombinierten Untersuchung aus Endoskopie und Röntgenuntersuchung ebenfalls **zuverlässig** untersucht werden. Die Luftröhre mit ihren Aufzweigungen kann ebenfalls endoskopisch untersucht werden, man spricht dann von einer Bronchoskopie. Retrograd, d.h. über

9 Computertomografie geben Aufschluss über die Ausdehnung des Tumors oder auf Metastasen. Diagnostizieren lässt sich das Karzinom jedoch nur, wenn man Krebszellen findet. Die **zuverlässigsten** Ergebnisse erzielt dabei die Bronchoskopie, bei der die Atemwege mittels eines biegsamen optischen Systems ausgeleuchtet werden. Pro Jahr erkr

#### **sicher\* + untersuchung\***

N Concordance

1 nhinterwand vorgenommen, um den Würgereflex auszuschalten. Im übrigen ist das Verfahren schmerzlos, kurz und wenig belastend. Die Lupenlaryngoskopie stellt die **sicherste** einfache Untersuchungsmethode dar, die durchgeführt werden kann. Sie hat sich in hervorragender Weise bei Reihenuntersuchungen zur Vorsorge und Früh

2 Diagnostik Besteht der Verdacht, daß Sie an einem Gehirntumor erkrankt sind, wird Ihr behandelnder Arzt die notwendigen Untersuchungen zur **Sicherung** der Verdachtsdiagnose einleiten. Im folgenden stellen wir Ihnen eine Reihe von Untersuchungsverfahren und ihre Bedeutung vor. Unter Berücksichtigung der so erhaltenen

3 Untersuchung dauert zwischen 15 und 45 Minuten. Während dieser Zeit können Dutzende von Bildern aufgenommen werden. Gibt es Risiken? Die MRT ist eine äußerst **sichere** Untersuchungsmethode. Da das System jedoch mit einem starken Magneten arbeitet, dürfen Sie kein Metall am oder im Körper tragen. Bitte informieren Sie unbedingt Ihr

4 Verlagerung möglich) Im Einzelfall entscheidet immer ein Arzt, ob ein Patient untersucht werden darf. Im Zweifelsfall muss die Untersuchung aus **Sicherheitsgründen** unterbleiben. 4. Zutritt zum Untersuchungsraum Patienten, Angehörige, medizinisches Personal und Reinigungskräfte dürfen den Untersuchungsraum

5 eine Probe-Entnahme der Haut veranlassen, eine so genannte Probebiopsie. Die anschließende feingewebliche Untersuchung im Labor **sichert** dann die Diagnose. Der Stachelzell-Hautkrebs kann je nach Lokalisation die als Metastasen bezeichneten Absiedlungen in andere

6 herheitshalber dem Arzt mitteilen. Bei plötzlich auftretendem Fieber muss er sich sofort in Behandlung begeben. Welche alternativen Untersuchungsmöglichkeiten bestehen? Eine **sichere** Diagnose von Prostatakrebs ist nur mit Hilfe der Prostatabiopsie möglich. Andere Verfahren wie die Abtastung der Prostata oder deren Darstellung mittels

7 Untersuchung abrechnen kann. Welche Komplikationen können bei der Untersuchung auftreten? Bei der Kernspin-Tomographie handelt sich um eine sehr **sichere** Untersuchungsmethode. Allerdings darf sie aufgrund des Magnetfeldes bei Patienten mit Herzschrittmacher und Metallteilen im Körper, wie z.B.

8 Hautveränderungen abzugrenzen, kann der Arzt eine Probebiopsie (Probe-Entnahme) der Haut

veranlassen. Die anschließende feingewebliche Untersuchung **sichert** dann die Diagnose. Wie wird der Basalzell-Hautkrebs behandelt? Obwohl der Basalzell-Hautkrebs nur in den aller

## VORBEREITUNG:

### **vorbereit\***

N Concordance

1 n bilden Stoffe, die eine granulomatöse Umgebungsreaktion auslösen. Sie sind leicht verletzlich und genetisch instabil und gedeihen nur in einem Lymphknotenmilieu, das sie sich selbst **vorbereiten**. Das gehäufte Vorkommen des M. Hodgkin bei HIV-Positiven bzw. Aids-Patienten weist auf einen vorbestehenden Immundefekt als Voraussetzung für die Entstehung des M.

2 Magensäure und Verdauungssekrete produzieren. Funktion Der Magen dient als Zwischenspeicher der aufgenommenen Nahrung und deren **Vorbereitung** für die eigentliche Verdauung im Darm. Hierfür wird die Nahrung mit Magensäure und verschiedenen Verdauungssekreten einschließlich der Enzyme gut durchmischt.

3 praktischer Hinweise sowohl für den Patienten als auch für das Personal vorgestellt Wie bereitet man sich auf eine MR-Untersuchung vor? Es ist keine spezielle **Vorbereitung** erforderlich. Allerdings sollten Sie bequeme Kleidung tragen - ohne Knöpfe oder Reißverschlüsse aus Metall, da sie die Aufnahmen beeinträchtigen könnten. Die

4 terliegt aber gewissen Einschränkungen. Patienten mit einer Überfunktion der Schilddrüse, einer Fehlfunktion der Nieren oder einer Jodallergie können Kontrastmittel nicht ohne **Vorbereitung** und Vorsichtsmaßnahmen erhalten. Die Strahlendosis mit der der Patient im Rahmen einer kontrastmittelgestützten Untersuchung belastet wird, beträgt etwa 2-6 mSv. Diese Stra

5 eine feine Nadel in das Gehirn eingeführt und bis zum Tumorgebiet vorgeschoben. Durch dieses Instrument werden Gewebezylinder entnommen, die dem Pathologen nach entsprechender **Vorbereitung** durch Fixierung und Färbung als Grundlage seiner Diagnose dienen. Zur sicheren Ansteuerung des Tumors mit den Punktionsinstrumenten werden hochauflösende CT- oder

6 gische Gewebeuntersuchung erforderlich. Die Gewebeprobe kann sowohl stereotaktisch, als auch seltener, mit Hilfe einer offenen Operation gewonnen werden. Zur **Vorbereitung** eines solchen diagnostischen Eingriffs werden ebenfalls Schnittbilder benötigt. Da bei Raumforderungen im Gehirn meist eine antiödematöse Behandlung mit

### **beacht\***

N Concordance

1 Warzenviren bei bestimmten Hauttumoren (Nicht-Melanom-Krebs), die in Verbindung mit Sonnenlicht vor allem bei immungeschwächten Menschen auftreten, ebenfalls **beachtet** werden müssen. Doch auch andere Virusvertreter mischen im Krebsgeschehen mit. So haben die amerikanischen Forscher Yuan Chang und Patrick S. Moore den

2 rhalten. Mehr als 95 Prozent der Menschen, die an diesem Krebs leiden, sind mit diesem Virus infiziert, das sexuell übertragen wird. In jedem Fall ist aber zu **beachten**: Eine Virusinfektion allein führt noch nicht zum Krebs. Er ist vielmehr die Folge eines "Unfalls im Infektionsgeschehen", in dem auch Gene eine wichtige Rolle spie

3 therapeutischer Maßnahmen eine "Bestandsaufnahme" nicht nur über die Art, sondern auch den Umfang der Erkrankung gemacht werden. Dies nennt man Staging. Es gilt dabei drei Bereiche zu **beachten**: T = Lokalisation und Größe des Tumors, Ausbreitung in Nachbarstrukturen, Überschreitung anatomischer Grenzen (z.B. Organkapsel oder Fascien) N = Lokali

4 uflagerungen auf dem Stuhl vorkommen, ist solange von einem kolorektalen Karzinom auszugehen, bis das Gegenteil durch sorgfältige Untersuchungen bewiesen ist. Dabei ist zu **beachten**, dass nicht selten zeitgleich auch blutende Hämorrhoiden vorliegen können. Diese sollten nicht vorschnell als alleinige Ursache der Blutauflagerungen

5 Wenn Blutauflagerungen auf dem Stuhl vorkommen, ist solange von einem kolorektalen Karzinom auszugehen, bis das Gegenteil durch sorgfältige Untersuchungen bewiesen ist. Dabei ist zu **beachten**, dass nicht selten zeitgleich auch blutende Hämorrhoiden vorliegen können. Diese sollten nicht vorschnell als alleinige Ursache der Blutauflagerungen abgehandelt werde

6 Lymphknoten: Sie lassen sich besonders deutlich darstellen, wenn sie krankhaft vergrößert sind. Was ist im Vorfeld der Abdomen-Sonographie zu **beachten**? Optimal ist es, wenn der Patient zur Sonographie nüchtern kommen kann, das heißt, er soll einige Stunden vorher w

7 tieren, wodurch sie der Arzt auch direkt am Krankenbett einsetzen kann. Was ist im Vorfeld der Ultraschall-Untersuchung zu **beachten**? Zur sonographischen Untersuchung des Bauchraums sollte der Patient nüchtern erscheinen, das heißt er darf einige

8 Patient nüchtern erscheinen, das heißt er darf einige Stunden vor der Untersuchung weder etwas essen noch trinken. Wird diese Verhaltensregel nicht **beachtet**, kann der Bauchraum mit seinen Organen eventuell nicht untersucht werden, denn viel Luft im Darmbereich beeinträchtigt

9 immer wiederkehrenden Pleura-Ergüssen oder bei wiederholtem Pneumothorax. Was ist im Vorfeld einer Thorakoskopie zu **beachten**? Vor der Thorakoskopie wird der Patient von einem Anästhesisten über die allgemeinen Narkoserisiken aufgeklärt. Außerdem

10 bzw. Ausschluss einer Verengung der Nierenarterie (Nierenarterienstenose) Was ist im Vorfeld der Szintigraphie zu **beachten**? Entsprechend dem Organ, das untersucht werden soll, sind einige Richtlinien zu beachten. Wenn beispielsweise die

11 Was ist im Vorfeld der Szintigraphie zu beachten? Entsprechend dem Organ, das untersucht werden soll, sind einige Richtlinien zu **beachten**. Wenn beispielsweise die Schilddrüse Untersuchungsgegenstand ist, darf der Patient keine Schilddrüsenmedikamente am Tag der

12 he Nierenbeckenentzündungen Nachweis einer fehlenden Niere Was ist im Vorfeld einer retrograden Ureteropyelographie zu **beachten**? Der Patient sollte einige Zeit vor der Untersuchung Mittel gegen Blähungen erhalten und möglichst nüchtern sein,

13 muss bei diesen Fragestellungen eine Spiegelung des gesamten Dickdarms, die Koloskopie, durchgeführt werden. Was ist im Vorfeld einer Rektoskopie zu **beachten**? Etwa eine halbe Stunde vor der Untersuchung wird der Enddarm mit einem Einlauf gereinigt. Vor Einführung des Rektoskops

14 kheit machen. Der Pathologe benötigt dazu kleine Gewebszylinder der Prostata, die durch die Prostatabiopsie gewonnen werden können. Was ist im Vorfeld der Prostatabiopsie zu **beachten**? Der Patient sollte keine Blutgerinnungs-Medikamente einnehmen. So ist es ratsam, dass er Medikamente, welche die Blutplättchenzusammenlagerung hemmen, drei bis sechs

15 en Lungenflügels, das bedeutet, dass der Lungenflügel in sich zusammenfällt. Was ist vor einer Pleurapunktion zu **beachten**? Bestehen Gerinnungs-Störungen, so entscheidet der Arzt, ob eine Pleurapunktion durchführbar und sinnvoll ist. Wie

16 z.B. Knochen, oder luftreiche Regionen wie die Lunge können dagegen mit der MRT nicht gut dargestellt werden. Was muss im Vorfeld der Kernspintomographie **beachtet** werden? Bei der Untersuchung muss der Patient in einer etwa 70 bis 100 Zentimeter langen Röhre liegen. Patienten mit Platzangst sollten dies vor Beginn der Untersuchung

17 (Polypektomie) oder Darmtumore mit Hilfe von Lasertherapie verkleinert werden. Was ist im Vorfeld der Koloskopie zu **beachten**? Vor der Koloskopie wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt

18 nt auf diese Weise mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit den ganzen Tumor. Was ist vor einer Biopsie-Entnahme zu **beachten**? Zu Organpunktionen im Bauchbereich muss der Patient nüchtern sein. Das bedeutet, dass er einige Stunden vorher

19 peicheldrüsen-Entzündung Tumor der Bauchspeicheldrüse Zysten der Bauchspeicheldrüse Was ist im Vorfeld der ERCP zu **beachten**? Der Patient muss zur ERCP nüchtern sein, er darf also nichts essen oder trinken. Unter bestimmten Umständen darf er

20 änderungen oder Knochenbrüchen (Frakturen). Was ist im Vorfeld der Computer-Tomographie zu **beachten**? Bei Untersuchungen von Magen, Darm und Beckenraum sollte der Patient am Tag vor der Untersuchung nichts Blähendes

21 Elementen) für die lokale Strahlentherapie bei einem Bronchial-Karzinom Was ist im Vorfeld der Bronchoskopie zu **beachten**? Bei ausgeprägten Lungen-Funktionsstörungen, schwerer Herzmuskelschwäche, akutem Herzinfarkt und Blutgerinnungs-Störungen

22 tbar. Man nennt diese Untersuchung retrograde Urographie. Was ist im Vorfeld einer Blasenspiegelung zu **beachten**? Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung nüchtern erscheinen, er darf also einige Stunden

#### **nüchtern\***

N Concordance

1 t im Vorfeld der Abdomen-Sonographie zu beachten? Optimal ist es, wenn der Patient zur Sonographie **nüchtern** kommen kann, das heißt, er soll einige Stunden vorher weder etwas essen noch trinken. Wie

2 beachten? Zur sonographischen Untersuchung des Bauchraums sollte der Patient **nüchtern** erscheinen, das heißt er darf einige Stunden vor der Untersuchung weder etwas essen noch

- 3 hung das Blutbild, die Gerinnung und die verschiedenen Enzyme. Zur Thorakoskopie muss der Patient **nüchtern** erscheinen. Er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken. Wie verläuft eine
- 4 enmedikamente am Tag der Untersuchung einnehmen. Zu Untersuchungen am Herzen soll er in der Regel **nüchtern** erscheinen, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts mehr trinken oder essen. Genau
- 5 Der Patient sollte einige Zeit vor der Untersuchung Mittel gegen Blähungen erhalten und möglichst **nüchtern** sein, das heißt, er darf einige Stunden vorher nichts essen oder trinken. Luft im Darm ka
- 6 end soll er viel Flüssigkeit trinken. Am Morgen der Untersuchung muss der Patient **nüchtern** bleiben, er darf also nichts essen. Durch weiteres Trinken einer großen M
- 7 as ist vor einer Biopsie-Entnahme zu beachten? Zu Organpunktionen im Bauchbereich muss der Patient **nüchtern** sein. Das bedeutet, dass er einige Stunden vorher weder etwas essen noch trinken darf. Bei
- 8 Zysten der Bauchspeicheldrüse Was ist im Vorfeld der ERCP zu beachten? Der Patient muss zur ERCP **nüchtern** sein, er darf also nichts essen oder trinken. Unter bestimmten Umständen darf eine ERCP ni
- 9 Tag vor der Untersuchung nichts Blähendes essen und mindestens zwei Stunden vor der Untersuchung **nüchtern** sein, also in diesem Zeitraum nichts essen und trinken. Wie bereits erwähnt, kann die Auss
- 10 beachten? Der Patient muss zu einer Blasenspiegelung **nüchtern** erscheinen, er darf also einige Stunden vorher nichts essen und trinken. Vor der

**abführ\***

- N Concordance
- 1 en, und der Lungenflügel kann sich wieder entfalten. Zur Durchführung einer Pleurodese wird ein Drainageschlauch, der dem **Abführen** von Flüssigkeit oder Luft dient, durch eine spezielle Kanüle in die Pleurahöhle eingeführt. Mit einem daran angeschlossenen
- 2 Was ist im Vorfeld der Koloskopie zu beachten? Vor der Koloskopie wird der Darm des Patienten durch **abführende** Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein Abführmittel ein. Anschließend soll er viel
- 3 Vor der Koloskopie wird der Darm des Patienten durch abführende Maßnahmen gereinigt. So nimmt der Patient am Abend vor der Untersuchung ein **Abführmittel** ein. Anschließend soll er viel Flüssigkeit trinken. Am Morgen der Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben, er da

APÉNDICE VI:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ESPAÑOL PARA PACIENTES.  
DATOS PRAGMÁTICOS

ANESTESIA:

**anestesia\***

N Concordance

1 El diagnóstico debe completarse con la extirpación endoscópica completa o máxima del tumor (se realiza con **anestesia** a través de la uretra y se denomina resección transuretral). La pieza así extirpada deberá ser analizada por el

2 la cirugía para obtener una muestra del tumor. La videotoracoscopia es una técnica quirúrgica que requiere **anestesia** general y que consiste en introducir un tubo rígido en la cavidad pleural a través de la pared torácica. A través de este

3 ón sin peligro. La biopsia clásica lleva consigo que la intervención se realice en quirófano, con **anestesia** general. Esto supone un riesgo añadido para la paciente. Por esta razón, en un intento de evitar esa operación se han desa

4 ea de mama sospechosa para que pueda ser estudiada microscópicamente. Esta técnica se realiza con **anestesia** local y de forma ambulatoria. En la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo se consigue en 24 horas.

5 do eximidas de vaciamiento axilar, por lo que no sufren las secuelas propias de una intervención, **anestesia** general, ni hospitalización. 8 Cirugía Plástica Los avances en el campo del estudio y el tratamien

6 la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la esofagoscopia mientras aún se está bajo los efectos de la **anestesia**, de tal manera que Ud. no sienta dolor. Algunas veces la biopsia indica variaciones en el esófago que no son necesariamente cáncer pero que pueden conllevar a éste. La probabilidad de

7 on el nombre de gastroscopia, detecta la mayoría de los cánceres del estómago. Para efectuar este examen, se introduce el gastroscopio por la boca y se dirige hacia el estómago. El médico poner **anestesia** local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta o administrar otra medicina para relajarle antes del examen para que no sienta dolor.

8 El médico también podría observar el material en el guante para ver si tiene sangre. Si usted siente dolor al ser tocado en el área anal, el médico puede darle un medicamento que le hará dormir (**anestesia** general) para continuar el examen. El médico podría cortar un pedazo pequeño de tejido y observarlo bajo el microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Este procedim

9 Pero aún así, esta prueba se sigue realizando todavía de forma rutinaria. De ahí que la mayoría de los pacientes que pasan por la mesa de quirófano no sean **anestesiados** sin que antes se haya examinado su tórax, aunque los resultados son siempre los mismos: normal en el 90% o de los pacientes. Incluso algunos espe

10 la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (dormir sin llegar a **anestesiarse**). EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORACIÓN El médico introduce el tubo, que guía mediante unos mandos, pudiendo gr

11 s, hacer una revisión de los mismos y tomar muestras de tejido aparentemente lesionado. Esta técnica, que se realiza bajo **anestesia** general (ver Servicio de Cirugía. Tipos de Anestesia), es la más cruenta pero a la vez la más efectiva. Habitualmente no se comienza con e

12 de tejido aparentemente lesionado. Esta técnica, que se realiza bajo anestesia general (ver Servicio de Cirugía. Tipos de **Anestesia**), es la más cruenta pero a la vez la más efectiva. Habitualmente no se comienza con ella por tener un buen rendimiento las pruebas inicial

13 realizada desde el interior del estómago a través de un tubo endoscópico) y la laparoscopia prequirúrgica (pequeña intervención realizada con **anestesia** local en la que tras realizar una pequeña incisión en la pared abdominal se introduce un tubo en el interior de la



### **sedación**

N Concordance

1 sibilidad de generalizar este chequeo es aún lejana. La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza **sedación** intravenosa. Hace falta una preparación del intestino buena, lo que conlleva estar a dieta durante 24 horas y ten

2 Durante la cistoscopia se rellena la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo **sedación** profunda (dormir sin llegar a anestesiar). EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORACIÓN El médico introduce el tubo, que guía mediante unos

### **sedante\***

N Concordance

1 digestivas. AL IRSE A HACER LA PRUEBA Puede ser necesario, en los aparatos más antiguos (cerrados), algún **sedante**, ya que el espacio es muy limitado. EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORACIÓN Se introduce el cuerpo tumbado en una camilla qu

2 s anticancerosas. Enzimas pancreáticas para sustituir a las que el páncreas ya no puede producir. **Sedantes** para el sueño. Actividad Manténgase tan activo como pueda. Dieta

### **dormir**

N Concordance

1 ico luego puede proceder a cortar un pedazo pequeño de tejido de la vulva (en un procedimiento llamado biopsia) y observarlo bajo el microscopio. A la paciente se le dará algún medicamento para **dormir** el área durante la biopsia. Puede que sienta algo de presión, pero por lo general no sentirá dolor. Esta prueba a menudo se lleva a cabo en un consultorio médico. La probabilidad de recup

2 ormales. El médico también podría observar el material en el guante para ver si tiene sangre. Si usted siente dolor al ser tocado en el área anal, el médico puede darle un medicamento que le hará **dormir** (anestesia general) para continuar el examen. El médico podría cortar un pedazo pequeño de tejido y observarlo bajo el microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Este

3 stoscopia se rellena la vejiga de suero. La broncoscopia puede requerir su realización bajo sedación profunda (**dormir** sin llegar a anestesiar). EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORACIÓN El médico introduce el tubo, que guía mediante unos

### **medicamento + anestesi\***

N Concordance

1 stoscopia, detecta la mayoría de los cánceres del estómago. Para efectuar este examen, se introduce el gastroscopio por la boca y se dirige hacia el estómago. El médico poner **anestesia local** (un **medicamento** que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta o administrar otra medicina para relajarle antes del examen para que no sienta dolor. Si el médico obser

### **anestésico + medicamento**

N Concordance

1 lamado broncoscopio, el cual se desliza por la garganta hasta los bronquios. Esta prueba, llamada broncoscopia, generalmente se lleva a cabo en un hospital. Antes de este examen, se administra un **anestésico local** (un **medicamento** que le adormece el área por un período corto de tiempo) en la parte posterior de la garganta. Durante este examen, se puede sentir presión, pero generalmente no

2 torácica e instalará el toracoscopio en el tórax entre dos costillas. Esta prueba, llamada toracoscopia, por lo general se lleva a cabo en un hospital. Antes de la prueba, se le administrará un **anestésico local** (un **medicamento** que causa pérdida de sensibilidad durante un período corto de tiempo). Usted puede sentir algo de presión, pero por lo general no sentirá dolor. El médico tambié

3 general usará una radiografía como guía. El médico ordenará que se analice el tejido en un microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Antes de la prueba, se administrará un **anestésico local** (un **medicamento** que causa la pérdida de sensación durante un período de tiempo corto) en el área para que el paciente no sienta dolor. Sería bueno que el médico también examinar

## RIESGO:

### \*riesg\* + diagn\*

N Concordance

1 media de siete a ocho años antes de que fueran diagnosticadas de cáncer, mostró que las mujeres con un 20% de cantidad elevada de HPV-16 tienen 60 veces más **riesgo** de recibir un **diagnóstico** de cáncer de cuello de útero en comparación con aquéllas cuyas pruebas estaban libres del papiloma virus.

Los investigadores

2 de febrero de la revista American Journal of Medicine, que demuestra que las mujeres de esta edad que se someten a mamografías periódicas tienen un 43% menos de **riesgo** de que se les **diagnostique** un cáncer de mama en un estadio avanzado (que ya ha producido metástasis) que las que no se realizan este tipo de prueba con tanta frecuencia

3 Universidad John Hopkins, considerado entre los mejores del mundo- dispondremos de pruebas que realicen **diagnóstico** presintomático de personas en **riesgo**, así como de análisis de estadios muy precoces de cáncer. Será también posible, gracias a los genes, tener marcadores que indiquen la agresividad de

4 sesinas (encargadas de destruir células cancerosas en nuestro cuerpo) favorezca la proliferación de este cáncer. Esto se vería apoyado por el mayor **riesgo** que tienen los pacientes **diagnosticados** de Melanoma de padecer otros cánceres invasivos distintos de los de la piel. En los enfermos de SIDA la incidencia de Melanomas

### riesgo\* + paciente\*

N Concordance

1 La biopsia clásica lleva consigo que la intervención se realice en quirófano, con anestesia general. Esto supone un **riesgo** añadido para la paciente. Por esta razón, en un intento de evitar esa operación se han desarrollado distintos equipos médicos, de los que el más avanzado en el sistema ABBI,

2 r a los dermatólogos a detectar precozmente el melanoma, el cáncer de piel más mortal. Hasta ahora, los médicos fotografían la piel de los pacientes con alto **riesgo** de desarrollar este tipo de tumor con cámaras que emplean películas de 35 milímetros. Ahora, sin embargo, científicos de la Duke University

3 rá parte de los programas preventivos contra el cáncer en los que se incluirá un sofisticado análisis de los pacientes de **riesgo** y el ya sabido cambio del estilo de vida. Otros científicos, en cambio, enarbolan la bandera de la prudencia e insisten en que hasta que no s

4 dores nocturnos, Cansancio y malestar general, Picor (en uno de cada diez pacientes). Factores de **riesgo** Parientes con la enfermedad. Enfermedades autoinmunes o inmunodeficiencias. Prevención No se conocen medidas para prevenirlo. Diagnóstico y Tratamiento.

5 sesinas (encargadas de destruir células cancerosas en nuestro cuerpo) favorezca la proliferación de este cáncer. Esto se vería apoyado por el mayor **riesgo** que tienen los pacientes diagnosticados de Melanoma de padecer otros cánceres invasivos distintos de los de la piel

6 •Técnica Jet-Washout: procedimiento de screening (para diagnosticar la enfermedad en su inicio) en pacientes de alto **riesgo**: se inyecta un chorro de agua con sal (suero salino) por dentro del útero, luego lo que vuelve a salir se examina en el microscopio; se detecta si realmente

### riesgo\* + explora\*

N Concordance

1 La inyección de contraste puede provocar una sensación de calor sin mayor importancia.

Algunas **exploraciones** conllevan un **riesgo** pequeño pero real de provocar cuadros agudos, como las angiografías (espasmo de las arterias estudiadas) o la úterosalpíngografía

### riesgo\* + implica\*

N Concordance

1 Según este especialista, la razón de esta contundente afirmación proviene de que los beneficios de esta prueba rutinaria superan con creces los **riesgos** que **implica** la aplicación de la técnica. Es decir, el peligro de que sea la radiación que emite el mamógrafo la responsable final del desarrollo

### riesgo\* + supone\*

N Concordance

1 La biopsia clásica lleva consigo que la intervención se realice en quirófano, con anestesia general. Esto **supone un riesgo** añadido para la paciente. Por esta razón, en un intento de evitar esa operación se han desarrollado

2 y llevarlas a cabo cada año en lugar de cada dos. Los especialistas creen que los nuevos aparatos emiten muy poca radiación, lo que no **supone un riesgo** para las mujeres que se someten precozmente a las pruebas. El propio Instituto Nacional del Cáncer en EEUU ha convocado una conferencia de

3 al demostrar algunas lesiones mucho antes que otros medios. A su vez, las dos mayores desventajas estriban en el pequeño **riesgo que supone** la introducción en el organismo de sustancias radioactivas, aunque con la mejora en la sensibilidad de las cámaras y el empleo de

4 síntomas neurológicos (impotencia, falta de vaciamiento de la vejiga con retención de orina) Factores de **riesgo** La edad. Se **supone** que existen factores ambientales o dietéticos que influyen en su avance,

**riesgo\* + significa\***

N Concordance

1 Sin embargo, aunque esto es cierto, la alteración en un gen crítico sitúa a la célula por lo menos en una situación de **riesgo** latente. ¿Qué **significa** esto? Esto supone que si a este primer error en un gen importante le siguen

2 e supervivencia que aquéllas que lo reciben sin estar embarazadas. Aún se desconocen los efectos a largo plazo que el tratamiento anticáncer tiene en los niños de estas mujeres; no obstante, el **riesgo** no parece ser **significativo**.

3 este test no aporta información cuando no existen dichos factores. -Menopausia y estrógenos La terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres reduce **significativamente** el **riesgo** de enfermedad cardiovascular y de osteoporosis, pero incrementa entre un 30% y un 40% el de cáncer de mama. Dado que la mortalidad por culpa del corazón

4 e cáncer. El tabaco del cigarrillo es más dañino que el del puro y éste a su vez más que el de pipa. Fumar más de 40 años/paquete (ver factores de **riesgo** del cáncer de pulmón) **significa** alcanzar el máximo riesgo. El fumador pasivo tiene un riesgo entre 20% -50% mayor qu

5 que el de pipa. Fumar más de 40 años/paquete (ver factores de riesgo del cáncer de pulmón) **significa** alcanzar el máximo **riesgo**. El fumador pasivo tiene un riesgo entre 20% -50% mayor que un no fumador no expuesto. Dejar de fumar disminuye pero nunca iguala el riesgo de

**PELIGRO:**

**peligro\***

N Concordance

1 onsecuencia la realización de una biopsia, muchas veces innecesaria ya que al ser analizada se detectaba que era una alteración sin **peligro**. La biopsia clásica lleva consigo que la intervención se realice en quirófano, con anestesia general. Esto supone un riesgo añadido para la paciente.

2 desconocen los riesgos asociados con la toma de hormonas después de la operación, ya sean solas o con quimioterapia. La radioterapia no se debe utilizar durante el embarazo debido a que pone en **peligro** el desarrollo del feto. Enfermedad en etapa tardía (etapas III y IV) Se debe evitar la radioterapia durante los primeros 3 meses de embarazo. Después de este periodo, se puede administ

3 el tamaño del tumor y si éste se ha diseminado. Se puede hacer exámenes de detección (como el examen rectal, la proctoscopia y la colonoscopia) con regularidad a los pacientes que tienen mayor **peligro** de padecer de cáncer. Estas pruebas pueden hacerse a pacientes mayores de 50 años; a aquellos que tienen antecedentes clínicos familiares de cáncer del colon, el recto o los órganos feme

4 ezca el cáncer, quiénes son portadores de estos genes anormales. Debe hacerse regularmente exámenes de detección (como la prueba rectal, proctoscopia y colonoscopia) en pacientes que corren mayor **peligro** de contraer cáncer. Estas pruebas se pueden hacer en pacientes mayores de 50 años; en los que tienen una historia clínica de cáncer del colon, del recto o de los órganos femeninos en la

5 por unanimidad. Si se optó por mantener la edad de inicio de las mamografías en los 50 años fue porque algunos investigadores advirtieron del **peligro** de elevar la ansiedad de la población femenina y aumentar el número de diagnósticos falsos positivos y de procedimientos quirúrgicos innecesarios.

6 cérvix) es el paradigma de la relación entre virus y tumores malignos. El 93% de las mujeres con tumor de cérvix está infectada con la cepa más **peligrosa** del papilomavirus humano, un microorganismo que se transmite a través de las relaciones sexuales. En una reunión de la Asociación Americana de Mujer

7 ón proviene de que los beneficios de esta prueba rutinaria superan con creces los riesgos que implica la aplicación de la técnica. Es decir, el **peligro** de que sea la radiación que emite el mamógrafo la responsable final del desarrollo del tumor. «La mamografía anual reduce en un 35% la m

8 3 DE FEBRERO DE 1994 Se asocia por primera vez el radón de las casas con el riesgo de cáncer de pulmón Incoloro, inodoro y **peligroso** EL MUNDO LOS grandes fumadores que viven en casas en las que existen elevados niveles de radón tienen 33 veces más riesgo de padecer cá

9 u parte, la Agencia de Medioambiente de Estados Unidos (EPA) cree que mientras que muchas de las residencias estadounidenses no son en absoluto **peligrosas** -al no existir niveles altos de radón-, hay un 6% de viviendas en EEUU en donde la presencia de este gas supera los niveles considerados como

10 la exposición excesiva. Los pioneros de la técnica murieron de cánceres de sangre o piel, al desconocer estos **peligros**. Actualmente se es muy consciente desde el aspecto laboral de esta problemática pero la población, au

11 rporal total (terapia más indicada y empleada en las Leucemias Agudas). El paciente deberá protegerse de las exposiciones **peligrosas** a infecciones y mantenerse alejado de las personas que padezcan catarros y resfriados. El cuidado de la boca es importante: enjuáguese la

12 la descripción general más arriba PROBLEMAS Si se mueve el ojo puede deslumbrarse, situación molesta pero en ningún caso **peligrosa**. CUÁNTO DURA La exploración en sí es breve; si recibe colirio, las moelstias pueden durar hasta una hora; en c

13 Adultos por encima de los 60. Tabaquismo. Trabajadores de minería, carpintería o con materiales **peligrosos**. Prevención No fumar. Un fumador tiene 22 veces más posibilidades que un no fumador de contraer la enfermedad. Evitar contaminantes. Diagnóstico y Tratamiento

14 hasta la cicatrización de la zona afectada. Posibles complicaciones Extensión a otras partes del cuerpo, con **peligro** de muerte. Pronóstico Es curable a menudo con diagnóstico precoz y tratamiento. En fases posteriores, esta afección se considera

15 AUTOEXAMEN DE LAS MAMAS Pese a que el 75 % de los nódulos de las mamas son benignos el 25% restante pueden poner en **peligro** su vida. Por ello el autoexamen de las mamas es de importancia fundamental ya que el cáncer es curable si es detectado a tiempo. Debe examinar sus mamas cada mes.

16 operación sirve para diagnóstico y tratamiento. Si el tumor es grande, difuso, o está localizado en una zona que hace muy **peligrosa** la intervención, se practica sólo una biopsia, mediante craneotomía (apertura quirúrgica del cráneo) o mediante otra técnica llamada biops

17 protege si lo comparamos con las mujeres en que no es así. •La lactancia materna es un factor de protección. ¿QUÉ **PELIGRO SUPONEN LAS RADIACIONES?** En mujeres expuestas supervivientes a la bomba atómica se ha observado un mayor número de cáncer de mama a los 15-2

#### **peligro\* + explora\***

N Concordance

1 la descripción general más arriba. PROBLEMAS Si se mueve el ojo puede deslumbrarse, situación molesta pero en ningún caso **peligrosa**. CUÁNTO DURA La exploración en sí es breve; si recibe colirio, las moelstias pueden durar hasta una hora;

#### **peligro\* + intervención**

N Concordance

1 operación sirve para diagnóstico y tratamiento. Si el tumor es grande, difuso, o está localizado en una zona que hace muy **peligrosa la intervención**, se practica sólo una biopsia, mediante craneotomía (apertura quirúrgica del cráneo) o mediante otra técnica llamada biopsia

#### **peligro\* + supone\***

N Concordance

1 protege si lo comparamos con las mujeres en que no es así. •La lactancia materna es un factor de protección. ¿QUÉ **PELIGRO SUPONEN LAS RADIACIONES?** En mujeres expuestas supervivientes a la bomba atómica se ha observado un mayor número de cáncer de mama a los 15-2

#### **MOLESTIA:**

##### **molestia\***

N Concordance

1 pretende lograr una atención al más alto nivel sanitario, en el menor tiempo posible y con las menores **molestias** para el paciente. 2 Los especialistas aconsejan el inicio de los chequeos mamarios a partir de los cuarenta años

2 consultar con el médico en caso de presentar una hemorragia vaginal inesperada. Otros síntomas que pueden aparecer son dificultad o **molestias** al orinar, molestias durante las relaciones sexuales y dolor en la pelvis. 4 ¿Cómo se diagnostica? Para diagnosticar el cáncer de útero debe acudirse a un ginecólogo, quien practicará una exploración

3 hemorragia vaginal inesperada. Otros síntomas que pueden aparecer son dificultad o molestias al orinar, **molestias** durante las relaciones sexuales y dolor en la pelvis. 4 ¿Cómo se diagnostica? Para diagnosticar el

4 amientos arriba mencionados. CANCER DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS - RECURRENTE Al paciente se le podría someter a cualquiera de los siguientes tratamientos: 1. Radioterapia para reducir las **molestias**. 2. Quimioterapia para reducir las molestias. 3. Terapia láser, radioterapia, implantación quirúrgica de mecanismos para mantener las vías respiratorias abiertas o cualquier

5 CELULAS PEQUEÑAS - RECURRENTE Al paciente se le podría someter a cualquiera de los siguientes tratamientos: 1. Radioterapia para reducir las **molestias**. 2. Quimioterapia para reducir las molestias. 3. Terapia láser, radioterapia, implantación quirúrgica de mecanismos para mantener las vías respiratorias abiertas o cualquier combinación de estos tratamientos para elim

6 3. Terapia láser, radioterapia, implantación quirúrgica de mecanismos para mantener las vías respiratorias abiertas o cualquier combinación de estos tratamientos para eliminar las **molestias**. 4. Un ensayo clínico donde se prueben nuevos medicamentos

7 con cáncer del ovario ya presentan enfermedad avanzada cuando son diagnosticadas. A pesar de que algunas veces las mujeres con cáncer incipiente del ovario tienen síntomas, como por ejemplo una **molestia** gastrointestinal leve, presión en la pelvis y dolor; con mayor frecuencia las mujeres con cáncer incipiente del ovario no tienen síntomas o tienen síntomas muy leves y no específicos. Cua

8 la exploración de este tipo son casi similares a las que ve el especialista a través de la óptica de un endoscopio clásico. Sin embargo, las **molestias** que el enfermo refiere son mucho menores. Lo que sí es necesario con la colonoscopia virtual es llevar a cabo un

9 Dado que sus síntomas iniciales son bastante inespecíficos y que los pacientes no suelen tenerlos en cuenta, el 85% de los pacientes que sufren **molestias**, tiene ya metástasis en el momento del diagnóstico. El cáncer de páncreas se encuentra entre uno de los tumores que mayor mortalidad p

10 psia del tumor. Medidas generales Después de operar, enjuáguese la boca 3 0 4 veces al día con una solución calmante de agua y sal. Medicación En **molestias** leves, puede usar medicamentos sin receta, como paracetamol o metamizol. Si se infecta, su médico le podrá recetar antibióticos. Los medicamentos anticancerosos son poco útiles. Actividad No hay restricciones. Dieta

11 colangiografías no orales, la úterosalpingografía y la cistografía) se suele sedar al paciente para reducir las **molestias**. PROBLEMAS La inyección de contraste puede provocar una sensación de calor sin mayor importancia.

12 ación al peritoneo desde las trompas). Estas últimas pueden provocar, por la citada extravasación, cuadros de **molestias** abdominales durante unos días. CUÁNTO DURA Según la técnica. En las U.I., se toman radiografías tras la inyección del contraste, a los 5 y a los 20 minutos, generalmente.

13 ojecimiento, sensibilidad o calor) en cualquier parte del cuerpo. Inflamación de pies y tobillos. **Molestias** al orinar o reducción de la orina en 1 día. Hemorragias inexplicables en cualquier parte del cuerpo. Aparecen síntomas nuevos inexplicables. Las drogas usadas en este

14 Fiebre. Signos de infección (enrojecimiento, hinchazón, dolor o sensibilidad) en cualquier parte del cuerpo. Hinchazón de pies y tobillos. **Molestias** al orinar o disminución de la orina en 1 día. Piensa que las medicinas le están provocando síntomas: Posibles complicaciones. Extensión del linfoma a otras partes del cuerpo, lo que puede provocar:

15 cas. Inicialmente se emplearon sistemas rígidos; tubos metálicos que se introducían, hasta poca profundidad y con grandes **molestias**. La aplicación de la fibra óptica (fibroendoscopios) ha permitido reducir enormemente el diámetro del tubo, flexibilizándolo, por lo que actualmente, menos el intestino del

16 íntomas En general, no aparecen síntomas hasta que el tumor se ha desarrollado. Primeros síntomas: **Molestias** leves en el bajo abdomen. Molestias gastrointestinales. Menstruación irregular. Síntomas: posteriores: Enronquecimiento.

17 omas hasta que el tumor se ha desarrollado. Primeros síntomas: Molestias leves en el bajo abdomen. **Molestias** gastrointestinales. Menstruación irregular. Síntomas posteriores: Enronquecimiento. Crecimiento excesivo de vello.

18 Medicación anticancerosa (quimioterapia) y radiaciones (radioterapia) con carácter paliativo (para tratar las **molestias**, no para curar). Posibles complicaciones Retención de sodio y de líquidos en abdomen y extremidades inferiores. Pronóstico Incurable y fatal a corto plazo.

19 produciéndose un retraso medio de unos 6 meses entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico: •Dolor o **molestias** epigástricas (entre el esternón y el ombligo). En ocasiones el dolor recuerda al de la úlcera gastroduodenal y en otras ocasiones

20 cánceres de esófago pueden ser extirpados quirúrgicamente. Por tanto, el objetivo fundamental del tratamiento en muchos casos es aliviar las **molestias** del paciente disminuyendo el dolor y la dificultad para tragar, pero sin conseguir la curación. La modalidad de

#### **molest\* + prueba\***

N Concordance

1 cáncer de colon que la mamografía para el de mama, la posibilidad de generalizar este chequeo es aún lejana. La prueba es **molesta**, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa. Hace falta una preparación del intestino buena, lo que conlleva estar a dieta durante 24 horas

2 es en la vejiga. Si se confirma que este procedimiento es útil, un análisis de orina obviaría muchas de las cistoscopias -una prueba invasiva y **molesta**- que ahora se realizan, bien para hacer un primer diagnóstico de cáncer bien para comprobar las recaídas del mismo.

#### **\*agradable\***

N Concordance

1 ro significativo de células malignas en la glándula. Un análisis que es falso positivo conduce muchas veces a una biopsia negativa. La punción de la próstata es una prueba **desagradable** que puede producir como complicación hemorragias e infecciones. A pesar de que la realización rutinaria de PSA es algo que apoya buena parte de lo

### **DOLOR:**

#### **dolor\* + prueba\***

N Concordance

1 mado biopsia) y observarlo bajo el microscopio. A la paciente se le dará algún medicamento para dormir el área durante la biopsia. Puede que sienta algo de presión, pero por lo general no sentirá **dolor**. Esta **prueba** a menudo se lleva a cabo en un consultorio médico. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la elección de tratamiento dependerán de la etapa en que se encuentre el cánc

2 oca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local (una sustancia que causa adormecimiento temporal) en la garganta para que no sienta **dolor**. Esta **prueba** se lleva a cabo por lo general en un consultorio médico. Si el médico observa tejido que parece anormal, le extraerá un pedazo pequeño de tejido para poder observarlo a través

3 bargo, sí insisten en que todas se sometan a una revisión completa del útero durante su examen ginecológico anual. COLON Una **prueba** eficaz pero **dolorosa** Todos los años, cerca de 20.000 españoles y españolas lo sufren y, también cada año, 13.000 compatriotas mueren por su causa. Los tumores del colon

4 minar si éstos son tumores benignos o cancerosos. A partir de ahora, sin embargo, un nuevo dispositivo desarrollado en EEUU podría evitar estas **dolorosas pruebas**. Autorizado la semana pasada por la FDA, el T Scan, de la empresa TransScan Medical, de Ramsey, New Jersey, detecta tumores transmitiendo una

#### **dolor\* + exam\***

N Concordance

1 a, se le administrará un anestésico local (un medicamento que causa pérdida de sensibilidad durante un período corto de tiempo). Usted puede sentir algo de presión, pero por lo general no sentirá **dolor**. El médico también puede **examinar** el interior del abdomen (peritoneoscopia) con un aparato especial llamado peritoneoscopio, el cual se inserta en una abertura hecha en el abdomen. Por lo

2 poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta o administrar otra medicina para relajarle antes del **examen** para que no sienta **dolor**. Si el médico observa tejido anormal, quizás tenga que extraer un pedazo pequeño para observarlo en el microscopio con el fin de determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se

**dolor\* + sient\***

N Concordance

1 otro tubo llamado la uretra. Debe consultarse al médico cuando cualquiera de los siguientes síntomas esté presente: si tiene sangre en la orina (orina de color rojo brillante o rojizo), **siente dolor** al orinar, orina con frecuencia o siente necesidad de orinar sin poder lograrlo. Cuando hay síntomas, el médico puede usar varias pruebas para determinar si usted tiene cáncer de la vejiga

2 espátula pequeña de madera para raspar suavemente el exterior del cuello uterino y la vagina y recoger algunas células. La paciente podrá sentir algo de presión, pero por lo general no se **siente dolor**. Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que cortar una muestra pequeña de tejido de la vagina (en un procedimiento llamado biopsia) y observarla bajo el microscopio para dete

3 local (un medicamento que le adormece el área por un período corto de tiempo) en la parte posterior de la garganta. Durante este examen, se puede sentir presión, pero generalmente no se **siente dolor**. El médico tomará una muestra de las células que recubren las paredes de los tubos bronquiales o extraerá pedazos pequeños de tejido para examinarlos a través del microscopio en busca de cél

4 biopsia por aspiración. El médico examinará el tejido con el microscopio en busca de células cancerosas. Antes de efectuar el examen, se administrará un anestésico local para evitar que **sienta dolor**. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la opción de tratamiento dependerán de la etapa en que se encuentre el cáncer (si se encuentra en el pulmón o si se ha diseminado a otros ór

5 personas que mastican tabaco o fuman pipa. Usted deberá acudir a un médico si tiene alguna protuberancia en el labio, la boca o las encías, una llaga que no sana en la boca, o si sangra o **siente dolor** en la boca. Otro signo de cáncer de la boca o de las encías es el que las dentaduras postizas dejen de sentar bien. A menudo el cáncer de la cavidad oral y del labio los encuentran los den

6 encia de células cancerosas. Este procedimiento se conoce como biopsia. A usted se le dará una sustancia que le dormirá esa parte de la boca por un rato (un anestésico local) para que no **sienta dolor**. El médico también palpará la garganta en busca de protuberancias. Sus posibilidades de recuperación (pronóstico) dependerán de si el cáncer se encuentra en los labios o en la boca, de si

7 oca, pasando por la garganta, hasta llegar al esófago. Antes de la prueba, se le aplicará un anestésico local (una sustancia que causa adormecimiento temporal) en la garganta para que no **sienta dolor**. Esta prueba se lleva a cabo por lo general en un consultorio médico. Si el médico observa tejido que parece anormal, le extraerá un pedazo pequeño de tejido para poder observarlo a través

8 procedimiento se conoce como biopsia. Por lo general las biopsias se llevan a cabo durante la esofagoscopia mientras aún se está bajo los efectos de la anestesia, de tal manera que Ud. no **sienta dolor**. Algunas veces la biopsia indica variaciones en el esófago que no son necesariamente cáncer pero que pueden conllevar a éste. La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la elección de

9 poner anestesia local (un medicamento que causa pérdida de la sensibilidad durante un período corto) en la garganta o administrar otra medicina para relajarle antes del examen para que no **sienta dolor**. Si el médico observa tejido anormal, quizás tenga que extraer un pedazo pequeño para observarlo en el microscopio con el fin de determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se

10 on (colonoscopia) con un instrumento especial llamado colonoscopio. Ambas pruebas se realizan en el consultorio médico, y durante ellas se siente algo de presión, pero generalmente no se **siente dolor**. Si el tejido que se encuentra es anormal, el médico tendrá que extraer un pedazo pequeño de tejido y observarlo en el microscopio para determinar si hay células cancerosas. Este procedimi

11 ncerosas. Antes de la prueba, se administrará un anestésico local (un medicamento que causa la pérdida de sensación durante un período de tiempo corto) en el área para que el paciente no sienta dolor. Sería bueno que el médico también examinara el hígado con un instrumento llamado laparoscopia, un instrumento pequeño en forma de tubo con una luz en uno de los extremos. Para esta prueba

12 stra de biopsia) durante la laparoscopia para analizarlo en el microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. A usted se le administrará un anestésico para que no **sienta dolor**. El médico también puede ordenar un examen llamado angiografía. Durante este examen, se inserta un tubo (catéter) en el vaso sanguíneo principal que transporta sangre al hígado. A continua

13 dos, inserta un dedo lubricado en el recto y lo mueve ligeramente en busca de masas anormales. El médico también podría observar el material en el guante para ver si tiene sangre. Si usted siente dolor al ser tocado en el área anal, el médico puede darle un medicamento que le hará dormir (anestesia general) para continuar el examen. El médico podría cortar un pedazo pequeño de tejido y o

14 , descubre cerca de la mitad de los cánceres del colon y el recto. Generalmente, la prueba se hace en el consultorio médico. Usted podría sentir una leve presión, pero generalmente no se **siente dolor**. Es posible que su médico quiera mirar dentro del recto y de todo el colon (colonoscopia) con un instrumento especial llamado colonoscopio. Esta prueba también se hace en el consultorio de

15 n (colonoscopia) con un instrumento especial llamado colonoscopio. Esta prueba también se hace en el consultorio del médico. Usted podría sentir una leve presión, pero generalmente no se **siente dolor**. Si se encuentra tejido anormal, el médico necesitará extraer un pedazo pequeño y observarlo a través del microscopio para determinar si hay células cancerosas. Este procedimiento se conoce

## DURACIÓN:

### minutos

N Concordance

1 disminuyen un 60% el riesgo de padecer cáncer de mama en relación con aquellas que realizan una vida más sedentaria. El estudio concluye que 30 **minutos** de deporte diario, andar a buen ritmo, correr suavemente o nadar, ayudan a prevenir el cáncer de mama, el tumor más frecuente y más temi

2 escepticismo. Los médicos de familia, sobre todo, creen que hasta que no haya más datos el mejor chequeo es el consejo médico. Es mejor perder unos **minutos** en intentar convencer a los pacientes en que cambien sus estilos de vida, con lo que disminuirá su riesgo canceroso, que ponerse los gua

3 mama, ni la edad de la paciente o su estado hormonal, condicionó la realización de la misma. El tiempo que duró la prueba nunca fue superior a los 20 **minutos**. De todas formas, los resultados son aún muy preliminares, aunque la mayoría de los especialistas coincide en que los hallazgos son muy i

4 del cuádriceps? Pues con una ecografía, porque es una técnica barata, repetitiva las veces que quieras, no hay lista de espera, se hace en dos **minutos**, no irradia y puedes ver la evolución. Por supuesto que se puede diagnosticar por resonancia magnética, pero ¿a qué coste?».

5 féminas tenían menos de 75 años Una entrevista telefónica A todas las mujeres seleccionadas para el estudio se les hizo una entrevista telefónica de unos 25 **minutos** de duración en la que se les preguntó: antecedentes familiares de cáncer de mama el número de hijos y la edad a la que los tuvieron, el tiempo de lactancia de cada

6 mundo de la ginecología. En sus manos está una máquina que realiza citologías vaginales en un momento y que proporciona los resultados en pocos **minutos**. Un gran avance, ya que esta prueba rutinaria permite detectar precozmente el cáncer de cuello de útero. ES una de las pocas cosas que hay que incluir

7 y la técnica. De acuerdo con los estudios, que refieren un mayor porcentaje de acierto del CBE (69%), un especialista requiere entre cinco y 10 **minutos** para completar el examen de ambas mamas correctamente. Para que la sensibilidad de la prueba sea máxima, debe realizar una presión varia

8 udieron constatarse en el estudio es el tiempo que se invierte en el estudio de la cada citología, según el método de estudio: una media de 7,4 **minutos** con la forma convencional y de tres con el PAPNET. Con el sistema computerizado, un experto puede examinar entre dos y tres veces más mu

9 cionales. CUÁNTO DURA Según el número de cortes, la potencia y capacidad de enfocado del aparato, desde alrededor cinco **minutos** hasta media hora. AVISE A SU MÉDICO SI Padece problemas musculares que puedan impedir que

10 dico. CUÁNTO DURA Según la generación del aparato (y la potencia de sus imanes) y la exploración a realizar, entre diez **minutos** y cerca de una hora. AVISE A SU MÉDICO SI Empieza a notar síntomas de pánico. Intente respirar

11 colocación del paciente y el aparato, el revelado y la comprobación de que ha salido correctamente tardan unos **minutos**. Una serie completa puede durar una media hora AVISE A SU MÉDICO SI Normalmente hay muy pocas contraindicaci

12 CUÁNTO DURA Según la técnica. En las U.I., se toman radiografías tras la inyección del contraste, a los 5 y a los 20 **minutos**, generalmente. AVISE A SU MÉDICO SI Es alérgico al Yodo (hoy en día existen productos

13 ble. Consúltelo de antemano. La inyección en sí tardará menos de un minuto, y la exploración con la gammacámara unos diez **minutos**. AVISE A SU MÉDICO SI Tiene miedo o desconoce la técnica. Precauciones Genéricas de

14 pletamente pasivo de recogida de señales eléctricas, por lo que no son de preveer. CUÁNTO DURA Un ECG normal, unos tres **minutos**. Un ECG por posibles alteraciones del ritmo, unos cinco minutos. Una prueba de esfuerzo, entre media y una hora.

15 CUÁNTO DURA Un ECG normal, unos tres minutos. Un ECG por posibles alteraciones del ritmo, unos cinco **minutos**. Una prueba de esfuerzo, entre media y una hora. AVISE A SU MÉDICO SI Teme la técnica.

16 La herida sangra después de la cirugía y no se puede restañar la sangre después de presionarla durante 10 **minutos**. La herida muestra signos de infección como: dolor, enrojecimiento,



**minutos + prueba\***

N Concordance

1 CUÁNTO DURA Un ECG normal, unos tres minutos. Un ECG por posibles alteraciones del ritmo, unos cinco **minutos**. Una **prueba** de esfuerzo, entre media y una hora. AVISE A SU MÉDICO SI Teme la técnica.

**minutos + examen\***

N Concordance

1 y la técnica. De acuerdo con los estudios, que refieren un mayor porcentaje de acierto del CBE (69%), un especialista requiere entre cinco y 10 **minutos** para completar el **examen** de ambas mamas correctamente. Para que la sensibilidad de la prueba sea máxima, debe realizar una presión varia

**hora + media**

N Concordance

1 El ejercicio regular ayuda a prevenir el tumor maligno de mama **MEDIA hora** al día es suficiente. Según un trabajo que fue publicado la semana pasada en la revista Cancer, las mujeres que hacen deporte frecuentemente

2 A CUANTO DURA Según el número de cortes, la potencia y capacidad de enfocado del aparato, desde alrededor cinco minutos hasta **media hora** AVISE A SU MÉDICO SI Padece problemas musculares que puedan impedir que esté quieto, como la enfermedad de Parkins

3 la comprobación de que ha salido correctamente tardan unos minutos. Una serie completa puede durar una **media hora** AVISE A SU MÉDICO SI Normalmente hay muy pocas contraindicaciones para su uso. Precauci

4 s tres minutos. Un ECG por posibles alteraciones del ritmo, unos cinco minutos. Una prueba de esfuerzo, entre **media** y una **hora**. AVISE A SU MÉDICO SI Teme la técnica. Precauciones Genéricas de la exploración

5 ilustrativas. PROBLEMAS No son de esperar. CUÁNTO DURA Sobre una **media hora** en general. AVISE A SU MÉDICO SI Tiene miedo o desconoce la técnica. Precauciones Génér

**FIABILIDAD:**

**fiab\***

N Concordance

1 aquellas mujeres portadoras de un cáncer de mama que no tengan afectados esos ganglios. Si lo que hasta ahora se ha visto parece ser **fiable**, esta definición podría llevarnos a evitar el vaciamiento axilar de las pacientes. En el mo

2 definición podría llevarnos a evitar el vaciamiento axilar de las pacientes. En el momento actual no existe ninguna prueba **fiable**, ni palpación ni mamografía ni otro tipo de examen, que pueda predecir cómo están los gangl

3 ía mínima El sistema ABBI actúa sobre la zona concreta de la mama que está afectada, por lo que su **fiabilidad** es muy alta. La probabilidad de error oscila en un milímetro. Además, al tener más controlados los ganglios axilares, la

4 el elo. Los autores del primer trabajo utilizaron vello púbico en su estudio porque lo consideraban el más idóneo para conseguir un diagnóstico **fiable**, ya que normalmente no se le aplica ningún tratamiento cosmético. Sin embargo, los científicos señalaron que, en principio, esta anomalía

5 o no el gen del cáncer de mama hereditario. Sin embargo, ayer mismo una publicación científica aseguraba que muy pronto podrá haber una prueba **fiable** que lo averigüe Un gen llamado BRCA1 JOSE LUIS DE LA SERNA EL pasado día 13 de septiembre, la cadena de televisión estadouni

6 la eficacia y características del CBE, los autores del estudio han descrito los factores que hay que tener en cuenta para que esta prueba sea lo más **fiable** posible. - El especialista.- Respecto al médico que realiza el examen de la paciente, hay dos factores clave: el tiempo y la técnica. De a

7 res malignos de la glándula, confirmando la importancia que la patología molecular está adquiriendo en el tratamiento del cáncer. «Saber con un buen margen de **fiabilidad** el pronóstico de cada enfermo de cáncer que tratamos nos servirá de gran ayuda a la hora de determinar las necesidades terapéuticas r

8 son de gran utilidad fundamentalmente en el seguimiento del paciente; su evolución controla de una forma muy **fiable** la respuesta al tratamiento, la aparición de resistencias a éste, y la presencia de enfermedad residual. Son de gran utilidad también

**segur\* + alternativa**

N Concordance

1 incrementado, como también lo han hecho las opciones terapéuticas alternativas. Un estudio reciente demuestra que el raloxifeno puede ser la **alternativa** más **segura** en estos casos. -Edad e inicio de la mamografía Las mamografías sistemáticas a los 50 años reducen en un tercio la mortalidad por cáncer de mama. Pero

**segur\* + diagnóstico**

N Concordance

1 26 DE OCTUBRE DE 1995 ONCOLOGIA Crean un prueba más eficaz para detectar el cáncer de próstata Un **diagnóstico** más **seguro** PATRICIA MATEY Los hombres pueden empezar a tranquilizarse. Tras años de dudas, de valoraciones sobre si las pruebas para detectar preco

**prueba\* + efica\***

N Concordance

1 rado del tumor, su ubicación en el cerebro, la edad del niño y su salud en general. Su niño podría recibir un tratamiento considerado estándar con base a su **eficacia** en varios pacientes durante **pruebas** anteriores, o usted podría optar por que forme parte de una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos

2 a etapa en la que se encuentra la enfermedad, la edad del paciente y su estado de salud general. Se puede considerar recibir un tratamiento estándar basado en su **eficacia** en pacientes durante **pruebas** anteriores u optar por formar parte de una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los

3 a etapa en que se encuentre la enfermedad, la edad del paciente y su estado de salud general. Se puede considerar el recibir un tratamiento estándar basado en su **eficacia** en pacientes durante **pruebas** anteriores u optar por formar parte de una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los

4 la LMA en adultos dependerá del tipo de enfermedad, la edad del paciente y su estado de salud en general. El paciente podría recibir un tratamiento considerado estándar basado en su **eficacia** en **pruebas** anteriores o podría optar por tomar parte en una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios

5 a hepatocelular), la etapa de la enfermedad, y la edad y la salud del niño en general. Su niño podría recibir un tratamiento considerado estándar basándose en su **eficacia** en varios pacientes en **pruebas** anteriores o usted podría optar por que su niño forme parte de una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más ef

6 el grado del tumor, su ubicación y si el niño ha recibido tratamiento anteriormente. Su niño podría recibir un tratamiento que se considera estándar en base a su **eficacia** en varios pacientes en **pruebas** anteriores o usted podría hacer que su niño tome parte en una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos

7 es dependerá del tipo de tumor, su etapa y el estado de salud general del paciente. Usted podría recibir un tratamiento considerado estándar basándose en su **eficacia** en varios pacientes durante **pruebas** anteriores o podría optar por tomar parte en una prueba clínica. No todos los pacientes se curan con terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios

8 26 DE OCTUBRE DE 1995 ONCOLOGIA Crean un **prueba** más **eficaz** para detectar el cáncer de próstata Un diagnóstico más seguro PATRICIA MATEY Los hombres pueden empezar a tranquilizarse. Tras años de dudas,

9 ada. Y, al parecer, es eficaz. La revista Journal of the American Medical Association publicó el pasado lunes un trabajo en el que se asegura que si la nueva **prueba** demuestra su **eficacia** en posteriores estudios, el número de hombres que se hace una biopsia para confirmar los resultados obtenidos con l

10 21 DE MAYO DE 1998 ¿Mamografía masculina? Primeras **pruebas** de la **eficacia** de medir el PSA para detectar el cáncer de próstata PATRICIA MATEY Se convertirá en la mamografía masculina? Por primera ve

11 mún entre los hombres -el 46% de los varones de entre 60 y 70 años lo padece- los especialistas no se ponen de acuerdo sobre la eficacia de las **pruebas** de detección precoz de este tumor. Y no sólo porque algunos trabajos hayan demostrado que la sensibilidad y la efectividad de estos exámenes,

12 scubrir la existencia de estos tumores. Sin embargo, los organismos más importantes dedicados a la prevención del cáncer insisten en que no hay pruebas suficientes que demuestren la **eficacia** de esta **prueba** como para recomendarla de forma rutinaria a las personas que no padecen síntomas.

13 s organismos más importantes dedicados a la prevención del cáncer insisten en que no hay pruebas suficientes que demuestren la **eficacia** de esta **prueba** como para recomendarla de forma rutinaria a las personas que no padecen síntomas. No obstante, un estudio de la semana pasada de la Universidad de

14 ive pasado este tiempo. Otra de las «fórmulas» actuales para detectar la presencia de este cáncer es el examen citológico del esputo, pero esta **prueba** se considera menos **eficaz** que los rayos X. La verdadera validez de las placas de tórax depende en buena medida de la «audacia» de quienes

15 in embargo, sí insisten en que todas se sometan a una revisión completa del útero durante su examen ginecológico anual. COLON Una **prueba eficaz** pero dolorosa Todos los años, cerca de 20.000 españoles y españolas lo sufren y, también cada año, 13.000 compatriotas mueren por su causa. Los

16 positivos. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son las otras dos pruebas que sirven para detectar el cáncer de colon. La recto-sigmoidoscopia es una **prueba eficaz**, ya que logra reducir la mortalidad por cáncer de recto y sigma, pero sólo detecta entre un 25 y un 30% de todos los cánceres de c

17 13 DE DICIEMBRE DE 1998 CANCER DE PROSTATA La **eficacia** de las **pruebas** diagnósticas Carlos Martínez La exploración rectal mediante el tacto no es capaz de detectar eficazmente el cáncer de próstata en los varones cuyos niv

18 o de entre 3 y 4 ng/ml, la prueba de tacto debe reemplazarse por otra prueba más sensible», concluye el estudio. @LEAD:Cáncer de próstata. La **eficacia** de las **pruebas** diagnósticas por exploración

19 igno, entre un 10% y 15% de las pruebas es calificada a la larga como HSLI. El último número del JAMA publica un estudio que demuestra que esta **prueba** de ADN es **eficaz** a la hora de detectar los casos de HSLI en las pruebas confusas y evitaría los costes y la ansiedad que genera para las

20 mama. Mientras que el Instituto Nacional del Cáncer acaba de aprobar un presupuesto para financiar una investigación sobre la **eficacia** de esta **prueba** diagnóstica a la hora de detectar precozmente el cáncer de mama en mujeres con alto riesgo de padecerlo, la revista The American Journal

21 siempre hablan de que cuanto antes se controle cualquier enfermedad, antes se acaba con ella. Pero, últimamente he oído que ahora muchos especialistas dudan de que algunas **pruebas** sean **eficaces**. No sé que piensan», asegura María, de 35 años. Aunque la prevención de muchas enfermedades es posible mediante algunas pruebas clínicas

22 llegado a demostrar -así, al menos, se recoge en un artículo publicado en la revista New England Journal of American- que las hemorragias ocultas en heces son una **prueba eficaz** para la detección precoz, en ambos sexos, del cáncer de colon. A pesar de que actualmente los chequeos están ya divididos en predectivos y no ta

## PREPARACIÓN:

N Concordance

1 La prueba es molesta, de forma que en casi todos los que van a ser sometidos a ella se utiliza sedación intravenosa. Hace falta una **preparación** del intestino buena, lo que conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que purgarse. También es necesario un experto

2 el enfermo refiere son mucho menores. Lo que sí es necesario con la colonoscopia virtual es llevar a cabo una dieta y una **preparación** previa para que el intestino esté también completamente limpio.

3 ntrario que en todos los métodos anteriores, para obtener ADN en las heces no es necesario realizar previamente ningún tipo de régimen alimenticio ni hay que llevar a cabo **preparación** intestinal alguna. El cáncer de colon es un tipo de tumor muy frecuente y, sobre todo, muy traicionero. Crece en el interior del intestino casi si

4 pero tiene muchos inconvenientes para llevarla a cabo en todas las personas mayores de 50 años, como recomiendan los expertos. Es cara, es molesta y necesita una **preparación** previa complicada. El método de ADN en heces, si confirma en el futuro sus buenas perspectivas, puede tener un coste-beneficio muy adecuado. Así, se

- 5 C. suele consistir en una estructura con un agujero circular amplio en medio, por donde pasa la camilla con el paciente. **PREPARACIÓN PREVIA** Según la región a explorar, puede recomendarse una dieta evacuante, o diurética. **AL IRSE A HACER LA**
- 6 las distintas estructuras. Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** No hace falta generalmente la preparación mediante evacuantes o enemas de limpieza para las exploraciones
- 7 Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** No hace falta generalmente la **preparación** mediante evacuantes o enemas de limpieza para las exploraciones digestivas. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA**
- 8 Cómo se hace la exploración En general sencilla y rápida, dependiendo del número de radiografías. **PREPARACIÓN PREVIA** No suele ser necesario. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Debe quitarse cualquier elemento metálico, como
- 9 recta, como en la colangiografía percutánea) se administra el contraste y después se realizan las radiografías oportunas. **PREPARACIÓN PREVIA** Variable. En la enema opaca debe seguirse una dieta baja en residuos y tomar una solución ev
- 10 residuos y tomar una solución evacuante para vaciar el intestino grueso antes de la prueba. En el resto no suele ser necesaria **preparación** previa. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** En las relacionadas con las vías urinarias bajas se
- 11 información global y precóz. En estudios funcionales renales y hepáticos. Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** Normalmente no es necesaria ninguna preparación previa. El embarazo es una contraindicación de esta prueba.
- 12 udios funcionales renales y hepáticos. Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** Normalmente no es necesaria ninguna preparación previa. El embarazo es una contraindicación de esta prueba. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Deberá acudir sin objetos
- 13 El médico, con el ojo en el ocular del aparato, va moviendo este para visualizar las diferentes partes del ojo. **PREPARACIÓN PREVIA** Conviene que, si lleva gafas, conozca de antemano las dioptrías de las mismas, ya que el aparato debe aj
- 14 hace la exploración De pie, entre el aparato emisor y la pantalla fluorescente, o durante una intervención quirúrgica. **PREPARACIÓN PREVIA** No precisa. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Debe quitarse cualquier elemento metálico, como
- 15 s o pinzas sacabocados o realizar intervenciones terapéuticas, mediante diatermia, laser, lazo o instilando medicamentos. **PREPARACIÓN PREVIA** Para la gastroscopia conviene estar en ayunas. Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre
- 16 lesiones isquémicas del corazón; angina e infarto de corazón. Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** No suele ser necesaria. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Hay que desnudarse de cintura para arriba,
- 17 "modo M", en una dimensión), para valorar los movimientos de las válvulas cardiacas. Cómo se hace la exploración **PREPARACIÓN PREVIA** El gas es un gran enemigo de la ecografía, por lo que puede que le recomienden una dieta para reducirlo en
- 18 na dieta para reducirlo en caso de ecografía programada digestiva. En el resto de los casos no suele ser necesaria ninguna **preparación**. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** La zona de exploración quedará al descubierto. Acuda con ropas fáciles de poner y qu

**ayun\***

N Concordance

- 1 mediante diatermia, laser, lazo o instilando medicamentos. **PREPARACIÓN PREVIA** Para la gastroscopia conviene estar en **ayunas**. Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución evacuante el día anterior. Para la cistoscopia debe realizarse unos análisis de orina

**dieta+explora\***

N Concordance

- 1 camilla con el paciente. **PREPARACIÓN PREVIA** Según la región a explorar, puede recomendarse una **dieta** evacuante, o diurética. **AL IRSE A HACER LA PRUEBA** Debe quitarse cualquier elemento metálico, como cadenas, pe

**purga\***

N Concordance

1 n intravenosa. Hace falta una preparación del intestino buena, lo que conlleva estar a dieta durante 24 horas y tener que **purgarse**. También es necesario un experto entrenado para que la exploración se lleve a cabo con todas las garantías. La colonoscopia es, además, una

**evacua\***

N Concordance

1 rina es el líquido producido por los riñones cuando limpian la sangre. La orina pasa de los dos riñones a la vejiga a través de dos tubos llamados uréteres. Cuando la vejiga se vacía durante la **evacuación** de la orina, la orina pasa de la vejiga al exterior del cuerpo a través de otro tubo llamado la uretra. Debe consultarse al médico cuando cualquiera de los siguientes síntomas esté pr

2 camilla con el paciente. PREPARACIÓN PREVIA Según la región a explorar, puede recomendársele una dieta **evacuante**, o diurética. AL IRSE A HACER LA PRUEBA Debe quitarse cualquier elemento metálico, como cadenas, pendent

3 e hace la exploración PREPARACIÓN PREVIA No hace falta generalmente la preparación mediante **evacuantes** o enemas de limpieza para las exploraciones digestivas. AL IRSE A HACER LA PRUEBA Puede ser necesario, en los a

4 PREPARACIÓN PREVIA Variable. En la enema opaca debe seguirse una dieta baja en residuos y tomar una solución **evacuante** para vaciar el intestino grueso antes de la prueba. En el resto no suele ser necesaria preparación p

5 previa. AL IRSE A HACER LA PRUEBA En las relacionadas con las vías urinarias bajas se **evacuará** la vejiga. Para la sialograffa se masticará algún sialogogo (que provoca la secrección salivar; se emplean

6 Para la gastroscopia conviene estar en ayunas. Para la colonoscopia deberá seguirse una dieta pobre en residuos y tomar una solución **evacuante** el día anterior. Para la cistoscopia debe realizarse unos análisis de orina previos para descartar u

APÉNDICE VII:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ALEMÁN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. DATOS PRAGMÁTICOS

ANÄSTHESIE:

**anästhesi\***

N Concordance

1 ihrer »Aushungerung« und lässt sie über die folgenden Monate langsam schrumpfen. Der Eingriff erfolgt bei vollem Bewusstsein der Patientin, aber unter lokaler **Anästhesie** und Verabreichung eines Beruhigungsmittels. Nach einer Embolisation bleibt die Patientin wenige Tage im Krankenhaus. Die häufigsten Nebenwirkungen (Krämpfe und F

2 Operation oder primäre Strahlentherapie Die Entscheidung über die adäquate Therapiemodalität erfolgt interdisziplinär unter Einbeziehung der Pathologie, der **Anästhesiologie**, der Strahlentherapie und der internistischen Onkologie. Früherkennung, Screening Das Plattenepithelkarzinom der Zervix eignet sich besonders gut zu

3 h kann durch die Nierensonographie beurteilt werden, ob bei großen Tumoren im kleinen Becken eventuell ein Harnstau vorliegt. Röntgen: Erforderlich ist lediglich die Thoraxaufnahme im Rahmen der **anästhesiologischen** Vorbereitung bzw. zum Ausschluß eines Pleuraergusses. Nur bei auffälligem Nierensonogramm sollte ein Ausscheidungsurogramm mit der Frage des Ureterenverlaufs durchgeführt werde

4 des Quickwertes und der PTT) wurde ausgeschlossen. Eine Prämedikation mit Tranquilizern ist nur bei äerst sensiblen Patienten nötig, bei Kindern ist jedoch eine Kurznarkose in Absprache mit dem **Anästhesisten** zu empfehlen. Der Patient wird so gelagert, daß er flach und entspannt auf dem Bauch liegt. Nach der Palpation des hinteren Beckenkammes, der Hautdesinfektion und einer sorgfältigen

5 wird zuerst die KM - Biopsie durchgeführt. In Bauchlage wird nach gründlicher Desinfektion und steriler Abdeckung die Haut bis zum Periost der Spina iliaca posterior superior mit 10 ml Ultracain **anästhesiert**. Der Zeitraum bis zur befriedigenden Anästhesie beträgt ca. 5-10 Minuten. Wir verwenden ausschließlich die "Jamshidi-Nadel" zur einmaligen Anwendung, die inzwischen von mehreren Firme

6 chlage wird nach gründlicher Desinfektion und steriler Abdeckung die Haut bis zum Periost der Spina iliaca posterior superior mit 10 ml Ultracain anästhesiert. Der Zeitraum bis zur befriedigenden **Anästhesie** beträgt ca. 5-10 Minuten. Wir verwenden ausschließlich die "Jamshidi-Nadel" zur einmaligen Anwendung, die inzwischen von mehreren Firmen preiswert angeboten wird [2]. Der scharfe Schl

7 er Punktionsnadel durch Drehen oder durch nochmaliges Punktieren verändert werden. Bei weiter erfolgloser Punktion kann die andere Seite zusätzlich oder der vordere Beckenkamm nach entsprechender **Anästhesie** punktiert werden. Auch eine Sternalpunktion ist möglich, allerdings muß dann ein Tiefenstopper verwendet werden. Bei Säuglingen kommt im Ausnahmefall auch die Tibiavorderkante unterha

**\*anästhesie**

N Concordance

1 ihrer »Aushungerung« und lässt sie über die folgenden Monate langsam schrumpfen. Der Eingriff erfolgt bei vollem Bewusstsein der Patientin, aber unter **lokaler Anästhesie** und Verabreichung eines Beruhigungsmittels. Nach einer Embolisation bleibt die Patientin wenige Tage im Krankenhaus. Die häufigsten Nebenwirkungen (Krämpfe und F

2 Gewebes. Nadelbiopsie reicht im allgemeinen nicht aus. Bei großen Mediastinaltumoren mit Gefahr lebensbedrohlicher Atemstörungen evtl. Lymphknotenbiopsie in **Lokalanästhesie** oder Vorbehandlung mit Kortikoiden. Untersuchung des Gewebes zytologisch (Tumortupfpräparate), histologisch, immunhistologisch und in Zweifelsf

3 ogische oder cytologische Diagnose gravierender eingeschätzt wird als das Informationsdefizit durch mangelnde morphologische Sicherung. Mittels in **Lokalanästhesie** durchgeführter stereotaktischer Biopsie ist aber auch bei Patienten in weniger gutem Allgemeinzustand eine definitive morphologische Diagnose

4 skopie Bei jedem Verdacht auf ein Bronchialkarzinom, d.h. auch bei jeder Form einer Hämoptyse ist die Bronchoskopie obligatorisch. Methode der Wahl ist die fiberbronchoskopische

Untersuchung in **Oberflächenanästhesie** von Rachenraum und Trachea-bronchialsystem. Hierbei lassen sich Verlagerungen, Kompressionen und endobronchiales Tumorgewebe diagnostizieren. Weitere tumorspezifische Verän

5 Anästhesisten zu empfehlen. Der Patient wird so gelagert, daß er flach und entspannt auf dem Bauch liegt. Nach der Palpation des hinteren Beckenkammes, der Hautdesinfektion und einer sorgfältigen **Lokalanästhesie** (z.B. mit Ultracain) bis zum Periost wird die Stichinzision von ca. 3 mm gesetzt.

Knochenmarkbiopsie Zur Gewinnung artefaktfreien Gewebes wird zuerst die KM- Biopsie durchgeführt  
6 chlage wird nach gründlicher Desinfektion und steriler Abdeckung die Haut bis zum Periost der Spina iliaca posterior superior mit 10 ml Ultracain anästhesiert. Der Zeitraum bis zur befriedigenden **Anästhesie** beträgt ca. 5-10 Minuten. Wir verwenden ausschließlich die "Jamshidi-Nadel" zur einmaligen Anwendung, die inzwischen von mehreren Firmen preiswert angeboten wird [2]. Der scharfe Schl

7 der Biopsiestelle und in schrägem Winkel zur Biopsierichtung. Vor dem Aspirieren macht man den Patienten darauf aufmerksam, daß ein kurzzeitiger Schmerz auftreten wird, der auch durch sorgfältige **Lokalanästhesie** nicht verhindert werden kann. Man aspiriert kurz und kräftig mit einer 10-ml-Spritze bis zum vollen Hub. Punktiert man alle Proben von einer Stelle, so können die letzten Aspirat

8 er Punktionsnadel durch Drehen oder durch nochmaliges Punktieren verändert werden. Bei weiter erfolgloser Punktion kann die andere Seite zusätzlich oder der vordere Beckenkamm nach entsprechender **Anästhesie** punktiert werden. Auch eine Sternalpunktion ist möglich, allerdings muß dann ein Tiefenstopper verwendet werden. Bei Säuglingen kommt im Ausnahmefall auch die Tibiavorderkante unterha

9 eningealen Befalles ist eine Liquorpunktion obligat bei einer ALL und bei einem lymphatisch differenzierten Blastenschub einer CML. Nach Ausschluß von Hirndruckzeichen wird nach Desinfektion ohne **Lokalanästhesie** mit einer atraumatischen Punktionsnadel zwischen LWK5 und S1 in sitzender Stellung oder in Seitenlage des Patienten der Liquorraum punktiert und Liquor für eine klinisch-chemisch

10 ns bzw. befallenen Gewebes. Nadelbiopsie reicht im allgemeinen nicht aus. Bei großen Mediastinaltumoren mit Gefahr lebensbedrohlicher Atemstörungen evtl. Lymphknotenbiopsie in **Lokalanästhesie** oder Vorbehandlung mit Kortikoiden. Untersuchung des Gewebes zytologisch (Tumortupfpräparate), histologisch, immunhistologisch und in Zweifelsfällen (Abgrenzung von

## NARKOSE:

### narkose\*

N Concordance

1 ographie der Nieren und der Leber, die Zystoskopie und Rektoskopie, die Röntgen-Aufnahme des Thorax (in 2 Ebenen bei erhöhtem OP- und **Narkoserisiko**), i.v.-Pyelogramm bei klinischem Verdacht auf parametrane Infiltration. 2.3 Laboruntersuchungen Notwendige präo

2 o vaginalis uteri durch Spiegeleinstellung bei der gynäkologischen Untersuchung Bei endozervikalem Prozess durch Kürettage der Zervix (meist ohne **Narkose**) ergänzt durch die Kolposkopie der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung Sicherung der Dia

3 des Untersuchers abhängig. Wesentliche Grundlage stellen die gynäkologische bimanuelle Untersuchung und damit der Tastbefund - wenn nötig auch in **Narkose** - sowie die Spiegeluntersuchung dar. Dabei müssen die Ausdehnung des pathologischen Prozesses in der Vagina durch die Kolposkopie genau festgelegt und die v

4 vorgenommen werden. Eine neue Entwicklung ist die gezielte, computerunterstützte Stanzbiopsietechnik (ABBI-System, Fisher System). Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen ohne **Narkose** entnommen und untersucht werden. Diese Methode wird mit der herkömmlichen Biopsie im Rahmen von Studien verglichen. Die Sekretzytologie sollte bei pathologischer Mamillensekretion erfolgen.

5 Untersuchung des Analkanals mit analem Spreizspekulum Digital-rektale Untersuchung Proktoskopie, Rektoskopie Bei Tumorverdacht bioptische Sicherung (ggf. in **Narkose**): Kleine Läsionen (< = 1 cm und isolierter Schleimhautbefall): Totalbiopsie (Tumorexzision) Größere Läsionen und Infil

6 opographie eines peripheren Befundes kann auf fiberbronchoskopischem Weg durch blindes Vorschieben der Biopsiezange eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in **Narkose**, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen a

7 e gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in Narkose, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die **Narkoseuntersuchung** sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind. Weitere technische Mög

8 vorgenommen werden. Eine neue Entwicklung ist die gezielte, computerunterstützte Stanzbiopsietechnik (ABBI-System, Fisher System). Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen ohne **Narkose** entnommen und untersucht werden. Diese Methode wird mit der herkömmlichen Biopsie im Rahmen von Studien verglichen. Die Sekretzytologie sollte bei pathologischer Mamillensekretion erfolgen.

**\*narkose\***

N Concordance

1 ographie der Nieren und der Leber, die Zystoskopie und Rektoskopie, die Röntgen-Aufnahme des Thorax (in 2 Ebenen bei erhöhtem OP- und **Narkoserisiko**), i.v.-Pyelogramm bei klinischem Verdacht auf parametrane Infiltration. 2.3 Laboruntersuchungen Notwendige präo

2 o vaginalis uteri durch Spiegeleinstellung bei der gynäkologischen Untersuchung Bei endozervikalem Prozess durch Kürettage der Zervix (meist ohne **Narkose**) ergänzt durch die Kolposkopie der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung Sicherung der Dia

3 des Untersuchers abhängig. Wesentliche Grundlage stellen die gynäkologische bimanuelle Untersuchung und damit der Tastbefund - wenn nötig auch in **Narkose** - sowie die Spiegeluntersuchung dar. Dabei müssen die Ausdehnung des pathologischen Prozesses in der Vagina durch die Kolposkopie genau festgelegt und die v

4 vorgenommen werden. Eine neue Entwicklung ist die gezielte, computerunterstützte Stanzbiopsietechnik (ABBI-System, Fisher System). Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen ohne **Narkose** entnommen und untersucht werden. Diese Methode wird mit der herkömmlichen Biopsie im Rahmen von Studien verglichen. Die Sekretzytologie sollte bei pathologischer Mamillensekretion erfolgen.

5 Untersuchung des Analkanals mit analem Spreizspekulum Digital-rektale Untersuchung Proktoskopie, Rektoskopie Bei Tumorverdacht biopsische Sicherung (ggf. in **Narkose**): Kleine Läsionen (< = 1 cm und isolierter Schleimhautbefall): Totalbiopsie (Tumorexzision). Größere Läsionen und Infil

6 opographie eines peripheren Befundes kann auf fiberbronchoskopischem Weg durch blindes Vorschieben der Biopsiezange eine transbronchiale Gewebeprobe gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in **Narkose**, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die Narkoseuntersuchung sollte auch in allen Fällen a

7 e gewonnen werden. Die starre Bronchoskopie in Narkose, u.U. in Kombination mit der zusätzlichen fiberoptischen Bronchoskopie gibt größere Sicherheit bei leicht und stark blutenden Tumoren. Die **Narkoseuntersuchung** sollte auch in allen Fällen angewandt werden, in denen wegen zu großer Empfindlichkeit des Pat. die technischen Untersuchungsbedingungen mangelhaft sind. Weitere technische Mög

8 vorgenommen werden. Eine neue Entwicklung ist die gezielte, computerunterstützte Stanzbiopsietechnik (ABBI-System, Fisher System). Hiermit können auch Gewebsareale in tieferen Brustregionen ohne **Narkose** entnommen und untersucht werden. Diese Methode wird mit der herkömmlichen Biopsie im Rahmen von Studien verglichen. Die Sekretzytologie sollte bei pathologischer Mamillensekretion erfolgen.

9 nktion, in Ausnahmefällen wie beim jungen Säugling auch Tibia-Punktion. Grundsätzlich erfolgt die Maßnahme unter Lokalanästhesie, insbesondere wiederholte Punktionen können bei manchen Kindern **Allgemeinnarkose** erfordern. Ansonsten entspricht die Durchführung der Punktion, Entnahme und Verarbeitung des gewonnenen Materials den Verfahrensweisen beim erwachsenen Patienten. Die Zytolo

10 iche Gerinnungsstörung (Bestimmung des Quickwertes und der PTT) wurde ausgeschlossen. Eine Prämedikation mit Tranquilizern ist nur bei äerst sensiblen Patienten nötig, bei Kindern ist jedoch eine **Kurzarkose** in Absprache mit dem Anästhesisten zu empfehlen. Der Patient wird so gelagert, daß er flach und entspannt auf dem Bauch liegt. Nach der Palpation des hinteren Beckenkammes, der Haut

11 terielle Phase) (genaue Injektionszeitpunkte durch Bolus-Tracking/Dynamische CT festlegen) Diagnostische Laparoskopie Die Untersuchung ist invasiv und muß unter **Vollarkose** durchgeführt



werden. Das Ausspiegeln des Abdomens geschieht über 4 - 5 jeweils 0,5 bis 1cm lange Incisionen. Das gesamte Peritoneum parietale und -viscerale kann inspiziert werden, z

## SEDIERUNG:

### beruhigungs\*

N Concordance

1 nstück des Systems der Firma Olympus ist ein Endoskop mit nur 5,9 Millimetern Durchmesser, das durch die Nase der Patienten eingeführt werden kann. **Beruhigungsmittel** müßten damit bei der Magen- oder Darmspiegelung wesentlich seltener gegeben werden, ergab, wie bereits b

2 über die folgenden Monate langsam schrumpfen. Der Eingriff erfolgt bei vollem Bewusstsein der Patientin, aber unter lokaler Anästhesie und **Verabreichung eines Beruhigungsmittels**. Nach einer Embolisation bleibt die Patientin wenige Tage im Krankenhaus. Die häufigsten Nebenwirkungen (Krämpfe und Fieber) können medikam

## DAUER:

### dauer\* + untersuchung

N Concordance

1 er den großen Vorteil, dass auch andere Organe des Bauchraums - Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Aorta - begutachtet werden können. Die **Untersuchung** selbst **dauert** insgesamt weniger als eine Viertelstunde. Allerdings muss der Darm derzeit noch einen Tag vorher durch ein Abführmittel entleert werden. Unmittelbar davor erhält der

## ZUVERLÄSSIGKEIT

### zuverlässig\* + diagnose\*

N Concordance

1 konsekutiver Biopsiezylinder oder kleiner serieller Proben entlang des gesamten stereotaktischen Zieltrajektes sehr hoch, ebenso wie die **diagnostische Zuverlässigkeit** im Vergleich zu größeren Resektatstücken (16,20,21). Wichtig für die Entscheidungsfindung zum geplanten Eingriff sind Art und Ausma

2 graphie additiv eingesetzt werden. Außerdem können nach einer Mastektomie bereits sehr kleine Thoraxwandmetastasen und Lymphknotenmetastasen in der Axilla, supraklavikulär und in der Halsregion **zuverlässig diagnostiziert** werden. 2.4. Kernspintomographie Die Kernspintomographie als dynamische, kontrastmittelunterstützte Untersuchung mit quantifizierter Auswertung kann bei sehr dichter,

3 eicht linksverschoben mit vermehrt Eosinophilen und Basophilen. In der Eisenfärbung ist kein Eisen nachweisbar. Die KM-Biopsie ist bei der PV eine wertvolle **diagnostische** Hilfe und erlaubt eine **zuverlässige** Abgrenzung von sekundären Polyglobulien. Obwohl kein Einzelkriterium für eine PV pathognomonisch ist, so erlaubt doch die Gesamtkonstellation der histologischen Einzelaspekte auch bei

4 zung von sekundären Polyglobulien. Obwohl kein Einzelkriterium für eine PV pathognomonisch ist, so erlaubt doch die Gesamtkonstellation der histologischen Einzelaspekte auch bei Frühformen eine **zuverlässige Diagnose**: Hyperzellularität Hyperplasie der Erythropoese Fehlendes Speichereisen Gesteigerte Megakaryozytenzahl mit Riesenformen und C

5 von AML-M4 und AML-M5 auf. In durchschnittlich 15% der Fälle mit akuter Leukämie gelingt eine rein morphologische Unterscheidung zwischen einer ALL und einer unreifen Variante einer AML nicht **zuverlässig**. Die **diagnostische** Einbeziehung der Immunzytologie und der Zytogenetik verbesserte die Qualität der Leukämiediagnostik entscheidend. So lag in einer vergleichenden Studie die Übereinst

6 den sind zwar punktuelle Untersuchungen, die jedoch, wie die Erfahrung zeigt, im allgemeinen Ergebnisse liefert, die repräsentativ für das gesamte Organ sind. Mit diesem Konzept können Leukämien **zuverlässiger** und differenzierter **diagnostiziert** und prognostisch eingestuft werden; quantitative Unsicherheiten durch unterschiedlich aspirierbare Zellkompartments oder gar durch eine punctio s

**zuverlässig\* + untersuchung\***

N Concordance

1 sich außerdem keine Krebsvorstufen, etwa anhand von Mikroverkalkungen, erkennen. Darüber hinaus ist diese **Untersuchung** sehr zeitaufwendig, und die **Zuverlässigkeit** der Methode ist sehr vom Untersucher abhängig. Und: Die Aufnahmen sind im Gegensatz zur Mammographie nicht

**sicher\* + untersuchung\***

N Concordance

1 8000 Frauen Virusdiagnostik macht Früherkennung von Zervixkrebs viel sicherer Neu-Isenburg (iKr). Nein, sie bietet keine **sichere** Diagnostik, die zytologische **Untersuchung** von Zervixabstrichen zur Früherkennung von Vorstufen des Zervix-Karzinom

2 etzung für die Durchführung. Bei benignen Knochenläsionen, über deren Dignität man sich anhand der klinischen und radiologischen Befunde bereits vor einer histologischen **Untersuchung** weitgehend **sicher** sein kann (z.B. Osteochondrom oder Osteoidosteom) (geringe Größe, Lage, röntgenologische Struktur und Abgrenzung), wird die primäre Exzision (radikale Biopsie) gelegentlich sowohl diagnosti

3 und sollte die Gewinnung ausreichender und repräsentativer Gewebeanteile für die histologische Begutachtung und die molekularbiologische **Untersuchung sicherstellen** (Histologische Beurteilung siehe 3.3). Bei der Planung der Biopsie muß berücksichtigt werden, daß der Biopsiekanal sowie die Biopsie

4 ohne Narkose) ergänzt durch die Kolposkopie der Portio und Vagina, die bimanuelle vaginale und rektovaginale **Untersuchung Sicherung** der Diagnose durch kolposkopische Gewebeentnahme bei makroskopisch sichtbarem Tumor, bei FIGO Stadium Ia1/Ia2 nur durch Konisation und Zervixabrasio.

5 s ermöglicht. Ein sogenanntes "Doppelfenster" ("zwei in eins") ist obsolet. Die sog. "Spiral-CT", welche in einer einzigen Atempause eine komplette **Untersuchung** erlaubt, ermöglicht erstmals die **sichere** lückenlose Darstellung der gesamten Lunge in einem Schnittbildverfahren. In der Tumor- und Metastasendiagnostik sollte sie unbedingt eingesetzt werden, um gravierende Befundungslücken zu

6 rsuchung Neben der intensiven anamnestischen Befragung der Patientin ist bei jedem Nachsorgetermin eine ausführliche körperliche **Untersuchung** obligat. Der in der Nachsorge federführende Arzt muß **sicherstellen**, daß die entsprechenden Untersuchungen zu jedem Termin vollständig durchgeführt werden. Die nachfolgende Liste beruht hauptsächlich auf den bereits 1985 im Deutschen Ärzteblatt pub

7 en nutzbares aberrantes Antigenmuster nicht gegeben/bekannt ist) sowie Ergüsse; (c)Proben, bei denen die durchflußzytometrische **Untersuchung** kein ausreichend **sicheres** Ergebnis erbracht hat. Je kleiner das Entnahmevolumen, desto geringer die Kontamination mit peripherem Blut, d.h. desto repräsentativer ist die Knochenma

8 tellung unabdingbar und sollte die Gewinnung ausreichender und repräsentativer Gewebeanteile für die histologische Begutachtung und die molekularbiologische **Untersuchung sicherstellen** (Histologische Beurteilung siehe 3.3). Bei der Planung der Biopsie muß berücksichtigt werden, daß der Biopsiekanal sowie die Biopsienarbe als kontaminiert gelten und

**sicher\* + ergebnis\***

N Concordance

1 beurteilt, sondern auch von Experten in einem anderen Kompetenzzentrum, der seinen Befund per Telefon übermittelt. Die Doppelbefundung erhöht die **Sicherheit** der Diagnose beträchtlich. Das **Ergebnis** wird der Frau mitgeteilt, noch ehe sie die Klinik verläßt. Möglich ist

2 en nutzbares aberrantes Antigenmuster nicht gegeben/bekannt ist) sowie Ergüsse; (c)Proben, bei denen die durchflußzytometrische Untersuchung kein ausreichend **sicheres Ergebnis** erbracht hat. Je kleiner das Entnahmevolumen, desto geringer die Kontamination mit peripherem Blut, d.h. desto repräsentativer ist die Knochenma

**KOMPLIKATION / RISIKO:**

**komplikation\***

N Concordance

1 e gesamte Zirkumferenz der Speiseröhre ein. Grad IV: Es liegen Erosionen jeden Schweregrades plus **Komplikationen** wie Ulzera, Ersatz des Plattenepithels durch Zylinderepithel, Vernarbungen und Stenosen vor.

- 2 Endoskopie als Screening-Methode für Darmkrebs empfohlen - gerade für Risiko-Personen. In US-Arbeiten werden oft hohe Kosten und hohe **Komplikationsraten** als Argument gegen die Koloskopie angeführt. Dies trifft für Deutschland weniger zu, da, bedingt durch die niedrigen
- 3 es trifft für Deutschland weniger zu, da, bedingt durch die niedrigen Punktwerte für Fachärzte, die Kosten gering und die **Komplikationsraten** bei niedergelassenen Gastroenterologen im internationalen Vergleich niedrig sind. Deutschland wäre also ein ideales Land zur
- 4 Jahren das kosmetische Resultat beeinflussen, beinhalten u. a. die Tumorlokalisation, die Länge der chirurgischen Exzision, das Auftreten von postoperativen **Komplikationen** und die Verabreichung der Boost-Dosis. Patientinnen ohne tumorfreien Sicherheitsrand und Frauen unter 40 Jahren haben mit einer erhöhten Lokalrezidivrate zu
- 5 atischen Patienten zum Screening für kolorektales Karzinom angeboten wird. Die Kontrolle der Qualität mit zumindest über 95-prozentigem Erreichen des Caecums und niedriger **Komplikationsrate** ist besonders in diesem Zusammenhang zu fordern. Wiederholungsuntersuchungen sollten frühestens alle fünf, möglicherweise aber auch nur alle
- 6 1 - 2 cm Größe mit glatten Schnitträndern ist anzustreben (s. auch Abschnitt 3.1.). Andererseits können bei nicht fachgerecht durchgeführter offener Biopsie die Konsequenzen durch perioperative **Komplikationen** und falsche Platzierung des Zugangs gravierend sein. Es besteht, im Vergleich zur geschlossenen Biopsie, ein höheres Risiko zur Entstehung eines postoperativen Hämatoms, einer Tumo
- 7 nnen wurde. Bei jeder Gewebsentnahme sollten auch Abstriche zur mikrobiologischen Untersuchung genommen werden, da Infektionen klinisch als Tumor fehlinterpretiert werden können oder umgekehrt. **Komplikationen** In einer Studie zur Biopsie (Mankin et al., 1982) traten 15-20% biopsiebezogene Komplikationen mit negativer Auswirkung auf Ergebnis/Prognose auf. Mehr als zwei Drittel der Biopsie
- 8 genommen werden, da Infektionen klinisch als Tumor fehlinterpretiert werden können oder umgekehrt. **Komplikationen** In einer Studie zur Biopsie (Mankin et al., 1982) traten 15-20% biopsiebezogene **Komplikationen** mit negativer Auswirkung auf Ergebnis/Prognose auf. Mehr als zwei Drittel der Biopsien waren in einem nicht onkologischen Zentrum durchgeführt worden. In einer 1996 durchgeführten W
- 9 beurteilung spielt bei der ALL und AML eine zunehmende Rolle bei der Erkennung von minimalen Resterkrankungen (s. 3.1.6). 7.3 Klinische Verlaufsuntersuchungen und **Komplikationen** Der Remissionsstatus ist durch regelmäßige klinische und hämatologische Untersuchung zu überwachen. Die Untersuchungsintervalle richten sich nach
- 10 besonders zur Früherkennung von Organtoxizitäten unerlässlich. Diese sind entsprechend durch apparative Untersuchungen zu ergänzen. Daneben ist im Rahmen von **Komplikationen** oft eine umfangreiche Diagnostik einzuleiten, die sich an der jeweiligen klinischen Situation zu orientieren hat. Hier kann es kurzfristig zu akuten Notfalls
- 11 er kann es kurzfristig zu akuten Notfallsituationen kommen, die eine sofortige diagnostische und therapeutische Intervention erfordern können. Die häufigsten **Komplikationen** sind Infektion, Sepsis (u.U. mit septischem Schock), Kardiomyopathie, Nierenversagen, Thrombosen, Blutungen, Anämie, Thrombozytopenie. 7.4 Nachsorge
- 12 hr alle 6 Monate ab 5. Jahr einmal jährlich Urogramm nach Zystektomie stets nur jährlich ! Dauer der Nachsorge: wegen möglicher **Komplikationen** der Harnableitung lebenslänglich Stand der letzten Aktualisierung: November 1999 ©: Dt. Krebsgesellschaft / Dt. Ges. f. Urologie
- 13 der erhobenen Befunde gilt der folgende Algorithmus: Abbildung 1: Diagnostischer Algorithmus
2. Durchführung der Prostatabiopsie Der Patient wird über die möglichen **Komplikationen** (akute Prostatitis, Blutung) informiert. Eine antibiotische Prophylaxe für 3 Tage beginnt am Vorabend der Punktion. Diese wird am besten transr
- 14 g aus. Eine verminderte Ejektionsfraktion (<30%), stabile Angina pectoris und <6 Monate zurückliegende Infarkte erhöhen das Risiko einer Operation. Pulmonale Risikofaktoren Rauchen erhöht die **Komplikationsrate** thoraxchirurgischer Eingriffe und selbst kurzfristige Nikotinkarenz hat einen günstigen Einfluß. Konsequente Behandlung mit Antibiotika, Steroiden, Bronchodilatoren, Atemgymnas
- 15 Nikotinkarenz hat einen günstigen Einfluß. Konsequente Behandlung mit Antibiotika, Steroiden, Bronchodilatoren, Atemgymnastik, u. U. mit Verzögerung des Operationstermins kann die Inzidenz von **Komplikationen** deutlich reduzieren. Die Frage der Operabilität respektive Resektionsfähigkeit eines Segmentes, Lappens oder einer gesamten Lunge läßt sich mit Hilfe des Stufenschemas erläutern

16 ussetzung allerdings ist, daß auch die arterielle Blutgasanalyse im Normbereich liegt. Ist die DLCO oder MVV auf unter 60% bzw. 50% erniedrigt, empfiehlt es sich, aufgrund der hohen **Komplikationsraten** sofort eine Belastungsergometrie (Stufe III) zu erstellen. STUFE 2 - Quantitatives Perfusionsszintigramm erfolgt zur Berechnung der erwarteten postoperativen FEV1 und

17 n von ausschließlicher Beobachtung über Aderlaßtherapie bis hin zur Chemotherapie und Knochenmarks-transplantation. Dabei stehen auch immer präventive Maßnahmen zur Verhütung thromboembolischer **Komplikationen** und zur Vermeidung sekundärer Neoplasien und Myelofibrosen im Vordergrund des ärztlichen Handelns. 8.2. Polycythaemia vera (PV) (Petrides, Lipp, Bartl, Diebold, Funk) 8.2.1. Einlei

18 galie, bei etwa 2/3 eine Gesichtsröte (Facies rubra). 30 bis 50% der Patienten haben Gefäßkomplikationen: im venösen, arteriellen oder auch in beiden Gefäßsystemen. Zerebro- und kardiovaskuläre **Komplikationen** ebenso wie tiefe Venenthrombosen einschließlich Leber- und Portalvenenthrombosen (Budd-Chiari-Syndrom) werden beobachtet. Auf der anderen Seite kann gleichzeitig auch eine erhöhte B

19 alie (am besten durch abdominelle Sonographie untersucht, A3), erhöhte ALP- und Vitamin B12-Werte (B3 und B4) sowie klinische Kriterien wie aquagener Pruritus, Erythromelalgie und thrombotische **Komplikationen**. Die Knochenmarksbiopsie erlaubt in 90% der Fälle die Diagnosestellung, in 10% der Fälle mit PV ist das Knochenmark jedoch normozellulär und ohne Megakaryozytenhyperplasie. Diagno

20 ischen Ereignissen und zu einer Blutungsneigung. Thrombozytenfunktionstests bei Patienten mit ET können pathologisch ausfallen, besitzen aber keine prognostische Bedeutung für das Auftreten von **Komplikationen**. 2/3 der Patienten sind asymptomatisch, so daß die Thrombozythämie oft nur zufällig bei einer Blutbildkontrolle auffällt. Symptomatische Patienten können folgenden Beschwerdekomples

21 symptomatisch, so daß die Thrombozythämie oft nur zufällig bei einer Blutbildkontrolle auffällt. Symptomatische Patienten können folgenden Beschwerdekomples aufweisen: Hämorrhagische **Komplikationen** treten in Form von Blutungen aus den Schleimhäuten von Nase und Mund, rezidivierenden Magen- Darmblutungen, Hämatomneigung, Ekchymosen und vaso-okklusivem

22 Schleimhäuten von Nase und Mund, rezidivierenden Magen- Darmblutungen, Hämatomneigung, Ekchymosen und vaso-okklusivem Syndrom auf. Mikrovaskuläre **Komplikationen** treten bei etwa der Hälfte der Patienten auf und äußern sich klinisch im Bereich der Finger und Zehen als Erythromelalgie (Kribbeln, Rötung, Erwärmung und

23 Sprachstörungen, Gangstörungen, Fallneigung, Hemiparesen bis hin zu Krampfanfällen). Thrombotische Ereignisse sind die häufigste und gefürchtetste **Komplikation** der ET und können im venösen und arteriellen System auftreten, so Thrombosen großer Oberbauchgefäße (Pfortader, Leber-, Milz-, Mesenterialvenen) und der Korona

24 mit einer extramedullären Blutbildung einhergeht. Hauptursächlich kommen infektiöse, immunologische, toxische, neoplastische und osteologische Erkrankungen in Frage. 8.4.6. Verlauf, Prognose und **Komplikationen** Die IMF ist zwar eine progrediente, jedoch in der Regel eine chronische Erkrankung und kann sich über mehr als 10 Jahre erstrecken. Der klinischen Diagnosestellung geht häufig ein

25 cheint die Erythropoese bei diesen Patienten durch zahlreiche weitere, noch unbekannte Faktoren gesteuert zu werden. Sekundäres myelodysplastisches Syndrom und sekundäre akute Leukämien Zu den **Komplikationen** nach einer erfolgreichen antineoplastischen Therapie gehört die Entwicklung einer sekundären Myelodysplasie oder akuten Leukämie. Die berichteten Fallzahlen nehmen von Jahr zu Jahr

26 77%. Von 94 Patienten waren nach 2 1/2 Jahren noch 71 in kompletter Remission. Von den 32 Patienten mit B-ALL waren noch 20 Patienten in kompletter Remission. Wegen der therapiebedingten hohen **Komplikationsrate** ist das B-ALL Chemotherapieprotokoll BFM-90-NHL nur in dafür speziell ausgerüsteten onkologischen Zentren zu empfehlen. Abb. 5 (siehe Anhang nach Kapitel 5.10.) 5

27 In allen drei Studien erreichen ca. 80% der Patienten eine Vollremission. 20% der Patienten erreichen keine Vollremission oder erliegen initialen **Komplikationen** (meist Blutungen oder Infektionen) [1]. Ohne diese 20% der Patienten beträgt die Wahrscheinlichkeit des ereignisfreien Überlebe

28 ommen werden. Infektionen der oberen Luftwege sind häufig während der Erhaltungstherapie, bei Verdacht auf eine bakterielle Infektion sollte frühzeitig antibiotisch behandelt werden. Schwerere **Komplikationen** sind erfahrungsgemäß fast nur von Windpocken bei Kindern, die diese Erkrankung noch nicht durchgemacht haben, zu befürchten, aber durch Gabe von Varicellen-Immunglobulin i.v. oder

29 Vermeidung einer Umlagerung des Patienten auch der vordere Beckenkamm (Spina iliaca anterior superior) punktiert werden. Der Patient wird möglichst noch am Vortage über den Eingriff und dessen **Komplikationsrisiken** aufgeklärt. Die Punktion kann auch bei blutungsgefährdeten Patienten ambulant, aber mit ausreichender Nachbeobachtungszeit erfolgen. Selbst eine ausgeprägte Thrombozytopenie s

30 komprimiert. Eine Stunde später wird die Stelle auf eine Nachblutung hin kontrolliert. Mit diesem Vorgehen haben wir in den letzten Jahren auch bei massiven Thrombozytopenien keine nennenswerten **Komplikationen** beobachten können. Probenverteilung Unmittelbar nach erfolgter Aspiration werden Ausstriche von 1 Tropfen Aspirat auf 5 Objektträgern empfohlen. Aspirete für folgende Untersuchung

31 ische Remissionsbeurteilung spielt bei der ALL und AML eine zunehmende Rolle bei der Erkennung von minimalen Resterkrankungen (s. 3.1.6). 7.3 Klinische Verlaufsuntersuchungen und **Komplikationen** Der Remissionsstatus ist durch regelmäßige klinische und hämatologische Untersuchung zu überwachen. Die Untersuchungsintervalle richten sich nach der Rezidivkaska

32 achung der Organfunktionen besonders zur Früherkennung von Organtoxizitäten unerlässlich. Diese sind entsprechend durch apparative Untersuchungen zu ergänzen. Daneben ist im Rahmen von **Komplikationen** oft eine umfangreiche Diagnostik einzuleiten, die sich an der jeweiligen klinischen Situation zu orientieren hat. Hier kann es kurzfristig zu akuten Notfallsitua

33 rientieren hat. Hier kann es kurzfristig zu akuten Notfallsituationen kommen, die eine sofortige diagnostische und therapeutische Intervention erfordern können. Die häufigsten **Komplikationen** sind Infektion, Sepsis (u.U. mit septischem Schock), Kardiomyopathie, Nierenversagen, Thrombosen, Blutungen, Anämie, Thrombozytopenie. 7.4 Nachsorge In der S

#### perfor\*

N Concordance

1 its tiefere Schichten der Schleimhaut des Darmes infiltriert sind und bei einer Mukosektomie ein erhöhtes **Risiko** für eine **Perforation** besteht. Inwieweit flache Adenome eine Sonderform der adenomatösen Darmpolypen sind, eine eigene Krankheitsent

2 uscularis propria T3Tumor infiltriert durch die Muscularis propria in Subserosa oder in nicht peritonealisiertes perikolisches oder perirektales Gewebe T4Tumor **perforiert** das viszerale Peritoneum oder infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen N Regionale Lymphknoten NXRegionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden

#### inzision

N Concordance

1 delaspiration oder die Entnahme von Stanzzyllindern mittels Trokar durchgeführt. Sie sind minimal invasiv und beinhalten weniger perioperative **Risiken** als die offene Gewebeentnahme, bei der eine **Inzision** notwendig ist. Von einem erfahrenen, mit der Methode vertrauten Operateur ausgeführt, wird für die Feinnadelbiopsie von Weichteiltumoren bezüglich der Feststellung der Dignität eine hoh

2 ehe 5.4.4.) subtile Blutstillung, tiefgreifende Umstechungen vermeiden Drainage im Wundwinkel oder in Verlängerung der Inzisionslinie ausleiten Druckverband Operative Technik Die **Inzision** wird möglichst klein gehalten und so gelegt, daß die Narbe bei der definitiven Resektion en-bloc mit dem Tumor entfernt werden kann. Dabei wird der Zugang so direkt wie möglich gewählt.

#### ERSETZTE TECHNIK:

##### ersetzt\*

N Concordance

1 er Thoraxklinik. Billiger ist das vom Unternehmen Storz entwickelte D-Light-System. Der Laser wurde durch eine Xenon-Lampe **ersetzt**. Kostenpunkt: Um die 60 000 DM. An der Heidelberger Thoraxklinik werden zur Zeit beide Systeme in einer Studie verglichen. Nach Erfahrungen

2 »gestielten Myoms« bei allen Arten von Myomen angewandt werden. »Insgesamt gehen wir davon aus, dass rund 25 Prozent aller Hysterektomien durch eine Embolisation **ersetzt** werden können«, bewertete Waldenberger das Potenzial des neuen Verfahrens. Die Auswirkungen der Methode auf die Fruchtbarkeit lassen sich derzeit noch

3 ollständigen Ablation nach Primärtherapie bei der ersten Nachkontrolle, 2. bei persistierender TG-Erhöhung 3. bei erneutem TG-Anstieg 4. bei auffälligen klinischen Befunden. In allen Fällen **ersetzt**

die Thyreoglobulinbestimmung die früher übliche Radiojoddiagnostik. Zur Vorbereitung des Radiojodtestes wird die Thyroxin-Dauerbehandlung für 4 Wochen auf 3 x 20 T3/Tag umgestellt. Unmittelbar vor der Bestimmung (Metastasen, Hautmetastasen, Skelettmetastasen). Der quantitative Enzymimmunoassay (ER-EIA und PR-EIA) haben die radioaktive Meßmethode (DCC-Methode mit Tritium-markiertem Östradiol und Progesteron) **ersetzt**. Die beiden Methoden haben eine sehr gute Übereinstimmung gezeigt. Die neueren Methoden kommen ohne radioaktiv markierte Substanzen aus und konnten ihre Wertigkeit sowohl als Prognosefaktor

5 (Metastasen, Hautmetastasen, Skelettmetastasen). Der quantitative Enzymimmunoassay (ER-EIA und PR-EIA) haben die radioaktive Meßmethode (DCC-Methode mit Tritium-markiertem Östradiol und Progesteron) **ersetzt**. Die beiden Methoden haben eine sehr gute Übereinstimmung gezeigt. Die neueren Methoden kommen ohne radioaktiv markierte Substanzen aus und konnten ihre Wertigkeit sowohl als Prognosefaktor

6 er erlauben unter Umständen auch eine Aussage über die Prognose (z.B. schlechte Prognose bei Vorliegen einer t(9;22)) und bieten die Möglichkeit zu Verlaufsuntersuchungen. Die FISH-Untersuchung **ersetzt** bislang die konventionelle Zytogenetik nicht, die bei Diagnose immer durchgeführt werden sollte.

In Zukunft werden sicher weitere spezifische Sonden entwickelt, um noch mehr ALL-typische Transkripten sowie der Pseudoperoxidaseaktivität Hämoglobin-haltiger Zellen; (e)lichtmikroskopische Morphologie, die in der Differenzierung komplexer Zellpopulationen nicht **ersetzt** werden kann durch Messung von Streulichteigenschaften in der Durchflußzytometrie. Anwendungsbereich der Immunzytochemie Aufgrund des höheren Aufwandes sollte der Einsatz

APÉNDICE VIII:

CONCORDANCIAS EXTRAÍDAS DEL CORPUS ESPAÑOL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. DATOS PRAGMÁTICOS

ANESTESIA:

**anestesia general**

N Concordance

- 1 nte localizado. Complicaciones quirúrgicas Las complicaciones de una prostatectomía radical pueden incluir incontinencia urinaria, estrechez uretral, impotencia y morbilidad asociada con la **anestesia general** y con un procedimiento quirúrgico principal. Un análisis de los archivos de Medicare donde se informa de 101, 604 prostatectomía radicales llevadas a cabo entre 1991 y 1994 mos
- 2 tidisciplinario incluye al cirujano especializado en la cabeza y el cuello, al radiooncólogo, al oncólogo médico, dentista y servicios sociales. Se indica efectuar una endoscopia cuidadosa bajo **anestesia general** con trazos detallados de ubicación de la lesión empleando descripción escrita y diagramas específicos. Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología de la lesión
- 3 nes emergentes deben anticiparse y atenderse inmediatamente en niños con LNH. Los pacientes con masas mediastínicas grandes corren el riesgo de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia general** o durante sedación fuerte.[2] Debido a los riesgos que implica la anestesia general y la sedación fuerte, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica
- 4 pacientes con masas mediastínicas grandes corren el riesgo de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia general** o durante sedación fuerte.[2] Debido a los riesgos que implica la anestesia general y la sedación fuerte, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y para establecer el diagnóstico de linfoma, debe realizarse el proc
- 5 ra, si es que se indica, para el diagnóstico y tratamiento del linfoma infantil. Ocasionalmente no será posible llevar a cabo un procedimiento operativo de diagnóstico, debido a lo riesgoso de la **anestesia general** o sedación fuerte. En estos casos, debe tenerse en cuenta un tratamiento preoperatorio con esteroides o radioterapia localizada. Debido a que el tratamiento preoperatorio podrí
- 6 izada. Debido a que el tratamiento preoperatorio podría afectar la posibilidad de obtener un diagnóstico de tejido exacto, debe de obtenerse una biopsia diagnóstica tan pronto como el riesgo de **anestesia general** o sedación fuerte haya mejorado. El síndrome de lisis tumoral resulta del rápido desdoblamiento de las células malignas causando una serie de anormalidades metabólicas, especialm
- 7 casi nunca estos estudios en la clasificación de niños muy pequeños. Los pacientes con tumores mediastínicos grandes corren el riesgo de experimentar un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia general** o sedación profunda.[2] Debido a los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda, se debe llevar a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfic
- 8 entes con tumores mediastínicos grandes corren el riesgo de experimentar un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia general** o sedación profunda.[2] Debido a los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda, se debe llevar a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y utilizar el procedimiento menos invasor para establecer el diag
- 9 indica una toracotomía formal para el diagnóstico o el tratamiento del linfoma infantil. De vez en cuando no será posible realizar un procedimiento diagnóstico quirúrgico debido al riesgo de la **anestesia general** o de la sedación profunda. En estas situaciones, se debe contemplar la posibilidad de usar un tratamiento preoperatorio con esteroides o con radioterapia localizada. Como el trat
- 10 Como el tratamiento preoperatorio puede afectar la habilidad de obtener un diagnóstico acertado del tejido, debe obtenerse un diagnóstico por biopsia tan pronto como se crea aliviado el riesgo de **anestesia general** o sedación profunda. La clasificación patológica requiere que se haga una laparotomía con esplenectomía y biopsias de los ganglios linfáticos, el hígado y la médula ósea, a m
- 11 lo, radioterapeuta, médico oncólogo, patólogo, dentista y personal de servicios sociales con el fin de determinar el control óptimo del individuo. Se deberá efectuar una endoscopia general bajo **anestesia general** acompañada de una delimitación de la lesión por escrito y utilizando diagramas específicos. Es obligatoria la confirmación por biopsia e histopatología de que la lesión es canc
- 12 pulmonares o bronquiales, siendo capaz de "determinar la afectación mediastínica y de la aorta o de los grandes vasos", añade Subtil. Técnica ambulatoria La eco-endoscopia superior se hace con

**anestesia general.** La distal no necesita ni siquiera sedación porque el instrumental se introduce unos 10 cm produciendo pocas molestias al paciente. Su gran ventaja es que no precisa el ingreso,

13 dicionales, como es el caso del sistema del arpón, es complejo y entraña una gran tensión emocional para la paciente. "La localización o biopsia de las lesiones se lleva a cabo sin necesidad de **anestesia general** y de forma ambulatoria, con lo que la ansiedad se reduce notablemente". Además, otro de los beneficios añadidos de este nuevo sistema es que permite detectar lesiones milimétricas

14 se trata de una buena alternativa al otro método de análisis de tejido que, por el contrario, por contra precisa de la hospitalización, se aplica **anestesia general**, y deja una mayor secuela estética. Asimismo, explicó que el sistema ABII-MIBB se recomienda a aquellas personas en las que hay

15 a ningún tipo de intervención quirúrgica, se acerca al cien por cien. Además, hace innecesario el ingreso hospitalario del paciente y el uso de **anestesia general** en la intervención. Según explicaron los doctores Alfonso Vega Bolívar, adjunto de la Sección de Mamografías del Servicio de Radiodiagnóstico y

16 sola punción y en una sesión que dura menos de media hora. Esta exploración es indolora, no produce cicatrices y no precisa ingreso hospitalario ni **anestesia general**. La mesa cuenta con tecnología digital para la obtención y procesamiento de las imágenes, por lo que la rapidez y precisión de la colocación de

17 amarillo, con una sola punción y en una sesión que dura menos de media hora. Esta exploración es indolora, no produce cicatrices y no precisa ingreso hospitalario ni **anestesia general**. La mesa cuenta con tecnología digital para la obtención y procesamiento de las imágenes, por lo que la rapidez y precisión de

18 respiratorio, aparato circulatorio y aparato genitourinario. Todos estos procedimientos se realizan bajo anestesia local y en algunos casos con sedación. La **anestesia general** es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan colaborar. APARATO DIGESTIVO

19 condiciones dignas y de aceptable calidad de vida hasta el final de sus días. Su implantación se realiza en 20 minutos aproximadamente, sin necesidad de anestesia **general** y sin necesidad de ingreso o con mínimo ingreso. Gastrostomía percutánea Las endoprótesis de esófago no resultan de utilidad

20 gica debido al desarrollo de las técnicas endoscópicas. La laringoscopia directa se practica bajo **anestesia general**, habitualmente con intubación orotraqueal o con ventilación en jet de alta frecuencia, raramente sin intubación o

21 tumores traqueobronquiales benignos. La resección es fácil y raramente recurren. En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con broncoscopio rígido y **anestesia general**. Las complicaciones más frecuentes son hipoxemia, alteraciones cardiovasculares y hemorragia severa (> 250 ml); menos frec

22 ernos sistemas ópticos como la telarlaringoscopia rígida, fibrolaringoscopia y endoscopia nasal, se puede realizar una completa exploración ORL sin necesidad de **anestesia general**. Simultáneamente a la exploración física se pueden realizar diferentes estudios analíticos que tendrían interés sobre todo

23 ente con una sola vía de entrada. Se añaden en la actualidad las practicadas en la estadificación del cáncer de pulmón con más de una vía y **anestesia general**. Grupo 2.o En el grupo de técnicas diagnóstico-terapéuticas destacan pleurodesis y pericardiodesis como complemento de las

24 bilidad superior al 90% de los casos. Grupo 3.o El grupo de indicaciones terapéuticas es el más numeroso; se utiliza la **anestesia general** con más de una vía de entrada, y es posible gracias a los avances conseguidos en los materiales de disección y endosutura.

#### **anestesia local**

N Concordance Set

1 a la altura del muslo, para una cirugía sin sangre, con el objetivo de reconocer los elementos nerviosos. Hay relatos sobre el uso de **anestesia local**, tipo Bier, usando el torniquete en la pantorrilla. Napoli y colaboradores de la Clínica de Ortopedia de la

2 de cáncer, es esencial hacer una biopsia para diagnosticar cualquier masa palpable. El diagnóstico puede realizarse sin peligro haciendo una aspiración con aguja fina o biopsia de escisión bajo **anestesia local**. Debido a que las aspiraciones con aguja fina podrían ser difíciles de interpretar durante el embarazo, el patólogo debe ser informado de que la paciente está embarazada a fin de e

3 agnóstico citológico suele ser posible haciendo una toracénesis. En aquellos niños que presentan una adenopatía periférica, es posible llevar a cabo una biopsia de los ganglios linfáticos bajo **anestesia local** y en posición vertical. En aquellas situaciones en que los procedimientos de diagnósticos anteriormente descritos sean infructuosos, se deber contemplar biopsia por aguja guiada

4 teriormente descritos sean infructuosos, se deber contemplar biopsia por aguja guiada por tomografía computarizada (CT). Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando sedación leve y **anestesia local** antes de continuar con procedimiento mas invasor. La mediastinoscopia, la



mediastinotomía anterior y la torascopía son los procedimientos favoritos cuando otras formas de diagnósti

5 aras veces se hace un diagnóstico citológico en la enfermedad de Hodgkin. En aquellos niños y adolescentes que presentan con adenopatía periférica, puede ser posible la biopsia de un ganglio bajo **anestesia local** y en posición vertical erguida. En situaciones en las que los procedimientos diagnósticos anteriores no resulten fructíferos, debe tomarse en consideración hacer una biopsia por

6 anteriores no resulten fructíferos, debe tomarse en consideración hacer una biopsia por aguja centrada guiada por una TAC. Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando sedación ligera y **anestesia local** antes de pasar a procedimientos más invasores. La mediastinoscopia, mediastinotomía anterior o toracoscopia son procedimientos de elección cuando otras modalidades diagnósticas no

7 equipo, disponible en Estados Unidos desde hace seis meses, permite realizar biopsias de lesiones no palpables de pequeño diámetro sin necesidad de ingreso hospitalario. Puede llevarse a cabo con **anestesia local**, con una pequeña incisión de 1 centímetro, y no produce alteraciones plásticas cutáneas. Reducir la morbilidad Consigue también la extirpación completa de la lesión, lo que permi

8 verdosa. Las células cancerígenas, por contra, muestran un aspecto rojo-oscuro o marronoso. La intensidad de esta coloración es más patente cuando se trata de carcinoma. Tras la administración de **anestesia local**, la introducción del broncoscopio con la adaptación del láser facilita la exploración del árbol bronquial. No tóxico Una de las ventajas del método estriba en la no utilización de

9 cos", ha añadido el experto. A la paciente se le sitúa en posición prona en la mesa de estereotaxia digital y se le realiza la toma de biopsia con **anestesia local** y radiación mínima. La muestra implica una pequeña punción en la piel, con mínimo traumatismo y sin secuelas de dolor, cicatriz o sangrado. De esta forma, "

10 un cien por cien de exactitud. La intervención se desarrolla con la paciente tumbada boca abajo en una camilla, quedando la mama suspendida en el aire. Se utiliza **anestesia local**. Además, este sistema permite realizar la extracción por el trayecto más corto, se localiza la lesión con una error máximo

11 fundamentalmente en el aparato digestivo, aparato respiratorio, aparato circulatorio y aparato genitourinario. Todos estos procedimientos se realizan bajo **anestesia local** y en algunos casos con sedación. La anestesia general es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no

12 egura sino también la corrección inmediata de posibles complicaciones en la misma sala de angiografía. Estos procedimientos se realizan con **anestesia local** y generalmente en régimen ambulatorio. APARATO GENITOURINARIO Nefrostomía percutánea Los tumores de la vía urinaria o anexo

13 no inferior a 75 \* 109/14. Las molestias locales por la realización de esta prueba rara vez son severas, y normalmente son controlables con **anestesia local**. La utilización de sedantes o analgésicos antes de la punción no suele ser necesaria. Una buena información al paciente s

14 de 360° (fig. 1). Se introduce por un orificio nasal descendiendo hasta el plano glótico. Puede precisar **anestesia local** en la fosa nasal o en la faringe. La imagen es de menor calidad que la que producen los endoscopios rígidos, dado qu

15 tubación orotraqueal o con ventilación en jet de alta frecuencia, raramente sin intubación o bajo **anestesia local**. El paciente se coloca en decúbito supino y con la cabeza ligeramente flexionada. Se introduce el tubo de

16 catéter a través de los uréteres hasta la pelvis renal se realiza a partir de una cistoscopia preliminar bajo **anestesia local**. Dos tipos de catéteres pueden ser utilizados: radiopacos o radiotransparentes, aunque habitualmente son

17 ritoneo visceral y parietal, el bazo, parte del estómago e intestinos y los anexos femeninos. La exploración se realiza bajo sedación y con **anestesia local** y se inicia con la práctica del neumoperitoneo, consistente en la insuflación de la cavidad peritoneal con un gas a través de un trócar fino, se

## SEDACIÓN:

### sedación

N Concordance

1 asias. Como complicaciones habría 25 veces más posibilidades de perforación que el CXEDC, además de complicaciones por la **sedación** (depresión respiratoria, etc.). Además, los pacientes refieren molestias tanto por la preparación como en el procedimiento. Dependiendo de

2 a generalmente como terapia inicial. El uso de ketoconazol a largo plazo puede resultar en impotencia, prurito, cambios en las uñas e insuficiencia adrenal. La aminoglutetimida comúnmente

causa **sedación** y erupciones de la piel. Se requieren estudios adicionales que evalúen los efectos de varias terapias hormonales en la calidad de vida. Las designaciones en el PDQ de que los tratam

3 arse y atenderse inmediatamente en niños con LNH. Los pacientes con masas mediastínicas grandes corren el riesgo de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o durante **sedación** fuerte. Debido a los riesgos que implica la anestesia general y la sedación fuerte, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y para estab

4 iastínicas grandes corren el riesgo de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o durante sedación fuerte. Debido a los riesgos que implica la anestesia general y la **sedación** fuerte, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y para establecer el diagnóstico de linfoma, debe realizarse el procedimiento menos invasor

5 diagnósticos anteriormente descritos sean infructuosos, se deber contemplar biopsia por aguja guiada por tomografía computarizada (CT). Este procedimiento se lleva a cabo con frecuencia usando **sedación** leve y anestesia local antes de continuar con procedimiento mas invasor. La mediastinoscopia, la mediastinotomía anterior y la toroscopia son los procedimientos favoritos cuando otras for

6 a, para el diagnóstico y tratamiento del linfoma infantil. Ocasionalmente no será posible llevar a cabo un procedimiento operativo de diagnóstico, debido a lo riesgoso de la anestesia general o **sedación** fuerte. En estos casos, debe tenerse en cuenta un tratamiento preoperatorio con esteroides o radioterapia localizada. Debido a que el tratamiento preoperatorio podría afectar la posibilid

7 el tratamiento preoperatorio podría afectar la posibilidad de obtener un diagnóstico de tejido exacto, debe de obtenerse una biopsia diagnóstica tan pronto como el riesgo de anestesia general o **sedación** fuerte haya mejorado. El síndrome de lisis tumoral resulta del rápido desdoblamiento de las células malignas causando una serie de anormalidades metabólicas, especialmente la hiperurice

8 estudios en la clasificación de niños muy pequeños. Los pacientes con tumores mediastínicos grandes corren el riesgo de experimentar un paro cardiaco o respiratorio durante la anestesia general o **sedación** profunda. Debido a los riesgos asociados con la anestesia general y la sedación profunda, se debe llevar a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y uti

9 ínicos grandes corren el riesgo de experimentar un paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o sedación profunda. Debido a los riesgos asociados con la anestesia general y la **sedación** profunda, se debe llevar a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y utilizar el procedimiento menos invasor para establecer el diagnóstico de linfoma.

10 entos diagnósticos anteriores no resulten fructíferos, debe tomarse en consideración hacer una biopsia por aguja centrada guiada por una TAC. Este procedimiento suele llevarse a cabo utilizando **sedación** ligera y anestesia local antes de pasar a procedimientos más invasores. La mediastinoscopia, mediastinotomía anterior o toroscopia son procedimientos de elección cuando otras modalidades

11 mal para el diagnóstico o el tratamiento del linfoma infantil. De vez en cuando no será posible realizar un procedimiento diagnóstico quirúrgico debido al riesgo de la anestesia general o de la **sedación** profunda. En estas situaciones, se debe contemplar la posibilidad de usar un tratamiento preoperatorio con esteroides o con radioterapia localizada. Como el tratamiento preoperatorio pued

12 eoperatorio puede afectar la habilidad de obtener un diagnóstico acertado del tejido, debe obtenerse un diagnóstico por biopsia tan pronto como se crea aliviado el riesgo de anestesia general o **sedación** profunda. La clasificación patológica requiere que se haga una laparotomía con esplenectomía y biopsias de los ganglios linfáticos, el hígado y la médula ósea, a menos que ya se haya es

13 la afectación mediastínica y de la aorta o de los grandes vasos", añade Subtil. Técnica ambulatoria La eco-endoscopia superior se hace con anestesia general. La distal no necesita ni siquiera **sedación** porque el instrumental se introduce unos 10 cm produciendo pocas molestias al paciente. Su gran ventaja es que no precisa el ingreso, pues se efectúa de forma ambulatoria. La duración de

14 egún Jesús Jiménez, coordinador de la Unidad de Histeroscopia del hospital madrileño, "estas intervenciones se suelen realizar en el quirófano, con la mujer sometida a una **sedación** mínima. La ventaja es que se trata de una cirugía ambulatoria, lo que redundará en beneficio de la paciente, y a su vez está en la línea actual de redu

15 en una única sesión. «Si la lesión está situada en el tubo digestivo alto se realiza bajo anestesia, mientras que si es a nivel rectal no necesita **sedación**. Es una técnica muy beneficiosa para el paciente porque resulta poco molesta», asevera el doctor José Carlos Súbtil. Con el nuevo aparato

16 duración limitada a un número determinado de exploraciones; además la experiencia acumulada con ellas es todavía escasa. La exploración suele practicarse con **sedación** por vía intravenosa, especialmente si hay que explorar el páncreas o la vía biliar, dada la dificultad técnica y el tiempo más prol

17 respiratorio, aparato circulatorio y aparato genitourinario. Todos estos procedimientos se realizan bajo anestesia local y en algunos casos con **sedación**. La anestesia general es excepcional y sólo se recurre a ella en el caso de pacientes que no puedan colaborar. APARATO DIGESTIVO

18 a biliar, el peritoneo visceral y parietal, el bazo, parte del estómago e intestinos y los anexos femeninos. La exploración se realiza bajo **sedación** y con anestesia local y se inicia con la práctica del neumoperitoneo, consistente en la insuflación de la cavidad peritoneal con un gas a través de un

19 Los tipos de anestesia que se utilizan para las intervenciones quirúrgicas son: local (intra o paracervical) con **sedación**, regional (epidural o raquídea) y general. En la tabla II figuran las indicaciones de la

20 iencia por parte del explorador para obtener el mismo rendimiento. El porcentaje de complicaciones (perforación y problemas derivados de la **sedación** o anestesia) de esta técnica es muy bajo, de forma que la relación beneficio-riesgo es altamente satisfactoria. El riesgo más alto de perforación lo pr

## DURACIÓN:

### minuto\*

N Concordance

1 cribado del CM. Además de consideraciones técnicas, advierten que la duración de la exploración ha de ser de al menos 3 **minutos** por mama. Para Kopans, cualquier médico que lleve a cabo una exploración clínica de la mama debe

2 mama. Para Kopans, cualquier médico que lleve a cabo una exploración clínica de la mama debe saber que se necesitan 5-15 **minutos** para realizarla de forma minuciosa. Utilizar menos tiempo indica probablemente que el examen no se

3 alizarlo es durante o enseguida después del baño, cuando la piel del escroto está relajada. La palpación bimanual debe llevar entre 30 segundos y 1 **minuto**, teniendo cuidado de no confundir el epidídimo, hernias, quistes o varicoceles con un cáncer. Los beneficios del au

4 de radiación de rayos ultravioletas B), sobre la conveniencia de usar pantallas solares con factor de protección 15 o mayor, 30 **minutos** antes de la exposición y reaplicarla en exposiciones prolongadas, o al introducirse en piscinas, etc. Estas medidas aisladas no

5 a exactitud de los ensayos de gastrina puede variar mucho). 5. Prueba de secretina: 1 unidad/kg inyección IV rápida: Positiva = 100% aumento de gastrina a los 10 **minutos**; 2 unidades/kg: Positiva = aumento de 100% sobre la línea base. 6. Niveles elevados de gonadotropina coriónica humana. En la época de los inhibidores de bomba de prot

6 troduce unos 10 cm produciendo pocas molestias al paciente. Su gran ventaja es que no precisa el ingreso, pues se efectúa de forma ambulatoria. La duración de la exploración varía entre 15 a 30 **minutos**, "en función de lo que se vaya a buscar y de la experiencia que se tenga", indica Muñoz, que precisa por otro lado que los endoscopistas deben formarse específicamente en este procedimient

7 fluorescente de la herramienta detectora. Las muestras, al observarse bajo microscopio fluorescente, desvelan las células que proliferan y pueden cuantificarse en 15 **minutos**. Esta técnica resulta tan rápida que el análisis se puede realizar en una única operación, sin necesidad de anestesiarse al paciente; así, la

8 La exploración del paciente, basada en dosis de radiación ionizante inferiores a las recibidas en una tomografía computerizada abdominal convencional, dura sólo dos **minutos**, pero después se precisan de veinte minutos a una hora para llevar a cabo el tratamiento informático de todos los datos volumétricos y hacer una evaluación

9 iación ionizante inferiores a las recibidas en una tomografía computerizada abdominal convencional, dura sólo dos minutos, pero después se precisan de veinte **minutos** a una hora para llevar a cabo el tratamiento informático de todos los datos volumétricos y hacer una evaluación completa de todo el colon.

10 ncional: se pueden ver los núcleos cerebrales, los vasos sanguíneos o diferenciar las células en tiempo real. El paciente no debe esperar más que unos veinte **minutos** para recibir la primera información". Las ventajas de la microscopía confocal se extienden a la cirugía micrográfica -ya que puede señalar en el momento

11 a estereotaxia convencional se ha realizado hasta ahora con la paciente sentada, se le comprimia la mama, y tras la radiografía de comprobación, que tarda entre dos y tres **minutos** en su revelado, se necesitaba otra nueva placa que localizaba con exactitud la lesión. Con el sistema de vacío que se incorpora en la prueba con la nueva

12 onsona de un tamaño parecido a un ordenador portátil con una pantalla que informa en tiempo real de los resultados de la exploración, cuya duración es de dos **minutos**. Este aparato optoelectrónico "somete a los tejidos a una corriente eléctrica de impulsos de bajo voltaje y de corta duración y, de esta forma, permite ver la desca

13 tubo fluorescente. Así se pueden observar las muestras bajo un microscopio fluorescente y la proliferación celular se puede cuantificar cada 15 **minutos**. La técnica es tan rápida que se pueden realizar pruebas en una sala de operaciones mientras el paciente está bajo los efectos de la anestesia.

14 a función esencial como es la nutrición con unas condiciones dignas y de aceptable calidad de vida hasta el final de sus días. Su implantación se realiza en 20 **minutos** aproximadamente, sin necesidad de anestesia general y sin necesidad de ingreso o con mínimo ingreso. Gastrostomía percutánea

15 ades nutricionales del paciente mediante abordaje abdominal subcostal. La intervención tiene un tiempo de realización de aproximadamente 15 **minutos** y se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. Endoprótesis antro-duodeno-yeyunales Las estenosis tumorales en otras localizaciones del tracto

16 científicos saben que, por sí solo, este mecanismo no explica la efectividad del fármaco, ya que a los 15 **minutos** se convierte en ácido salicílico, el cual es incapaz de inhibir la COX. En 1994 se descubri

17 tiroides. Tras la inyección intravenosa de <sup>99m</sup>Tc, se adquieren imágenes gammagráficas a los 15-30 **minutos**, habitualmente mediante una gammacámara digital equipada con un colimador cónico "pinhole". El paciente no precisa ninguna

18 intacta. La solución más utilizada para estos efectos es manitol al 20% por vía intravenosa. Deben administrarse 200 ml en un tiempo de 45 **minutos**. Debe ponerse especial atención en pacientes hipertensos y en ancianos, ya que la sobrecarga hídrica puede desencadenar o descompensar una insuficiencia

19 no se aprecia su efecto en las primeras horas y sólo es efectiva cuando la PIO baja de 50 mmHg. Durante la primera media hora debe instilarse una gota cada 10 **minutos**. Posteriormente la dosis es de una gota cada 6 horas. También se instila en el ojo contralateral como medida preventiva. Colirios bl

20 tecnología (tabla I). Los isótopos radiactivos empleados tienen un período de semidesintegración muy corto (O-15, 2 **minutos**; N-13, 10 minutos; C-11, 20,4 minutos; F-18, 110 minutos). Los trazadores marcados con F-18, como

21 radiactivos empleados tienen un período de semidesintegración muy corto (O-15, 2 minutos; N-13, 10 **minutos**; C-11, 20,4 minutos; F-18, 110 minutos). Los trazadores marcados con F-18, como la FDG, pueden ser sintetizados en una unidad

22 empleados tienen un período de semidesintegración muy corto (O-15, 2 minutos; N-13, 10 minutos; C-11, 20,4 **minutos**; F-18, 110 minutos). Los trazadores marcados con F-18, como la FDG, pueden ser sintetizados en una unidad

23 de semidesintegración muy corto (O-15, 2 minutos; N-13, 10 minutos; C-11, 20,4 minutos; F-18, 110 **minutos**). Los trazadores marcados con F-18, como la FDG, pueden ser sintetizados en una unidad central de radiofarmacia (URF) que di

24 y actualmente se pueden obtener espectros de calidad, con tiempos de adquisición inferiores a los 8 **minutos** con técnicas de voxel único. Por lo tanto, la ERM puede combinarse fácilmente dentro de la misma exploración por IRM sin

25 tiroides. Tras la inyección intravenosa de <sup>99m</sup>Tc, se adquieren imágenes gammagráficas a los 15-30 **minutos**, habitualmente mediante una gammacámara digital equipada con un colimador cónico "pinhole". El paciente no precisa ninguna

#### **dura + hora\***

N Concordance

1 biopsia por punción y vacío, llamado Mamotomo, que es capaz de obtener todas las muestras necesarias de tejido mamario, con una sola punción y en una sesión que **dura** menos de media **hora**. Esta exploración es indolora, no produce cicatrices y no precisa ingreso hospitalario ni anestesia general. La mesa cuenta con

#### **hora\* + proceso**

N Concordance

1 n en la enucleación de la mama. Además, a las dos horas de la realización de esa biopsia, la paciente puede hacer su trabajo habitual. La realización total del **proceso** es de aproximadamente una **hora**. "Este equipo permite disminuir la morbilidad de las cirugías, ya que se trata de un procedimiento mínimamente invasivo para el diagnóstico del cáncer, en los casos de imágenes de alto ries

FIABILIDAD:

**fiab\***

N Concordance

1 tratamiento con tamoxifeno no obtuvo resultados tan esperanzadores, aunque las primeras conclusiones **fiab**les para este ensayo clínico no se esperan hasta finales del año 2000. Otro gran estudio, realizado en Milán<sup>60</sup>, tampoco confirmó

2 do. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados sobre las pruebas de detección precoz siguen constituyendo el único método para valorar **fiab**lemente el efecto neto de las pruebas de cribado. De hecho hay quien opina que sólo estaría indicado el cribado de una enfermedad cuando estudios aleatoriza  
3 tumoral. Los ensayos clínicos aleatorizados sobre las pruebas de detección siguen constituyendo el único método para valorar **fiab**lemente el efecto neto de las pruebas de detección. Ni la mejoría de las pruebas de detección ni la restricción de éstas a las poblaciones de elevada preval

4 ntes: 1. Los resultados a alcanzar están principalmente relacionados con el grado de organización del programa (disponibilidad de registros **fiab**les, identificación de las mujeres de mayor riesgo, invitación personalizada, calidad de la toma de las muestras, calidad de la interpretación citológica, s

5 na y la core biopsia. Según explica Francesc Ferrer, director asistencial del programa, "es un proceso completo en el que se asegura una actuación rápida en un plazo de 21 días y con la máxima **fiabilidad** diagnóstica". Además, las posibilidades de la cirugía mayor ambulatoria "permiten agilizar todo el proceso quirúrgico", aclara por su lado, Valentí Juncá, del Hospital de La Esperanza.

6 La resonancia magnética es la única prueba de imagen que puede demostrar la invasión de la cápsula prostática o una extensión hacia fuera, con un 80 por ciento de **fiabilidad**. La situación actual es examinar a los pacientes con la resonancia en secuencias T2 y con bobinas endorrectales, según este experto, que ha insistido en la

7 a forma de aprender es revisar el marco de la próstata que han quitado junto con la imagen obtenida", ha explicado Guirao, para quien el radiólogo estará en condiciones de **fiabilidad** cuando haya estudiado por este procedimiento entre cincuenta y cien casos. El experto ha lamentado que se llevan a cabo pocos estudios por

8 lonoscopias en personas sanas y, dado que la adhesión poblacional varía mucho, hay que realizar un esfuerzo específico para incrementarla. Variaciones "Esto facilitaría la realización de estudios **fiab**les atendiendo a algunas variables, como la prevalencia de cáncer colorrectal, adherencia al test de SOH, SOH positivos a la colonoscopia, porcentajes de adenomas y cáncer colorrectal en ind

9 El vinagre es muy **fiab**le para detectar el cáncer de cuello uterino La detección del cáncer de cuello uterino puede beneficiarse de un nuevo método muy barato y fácil de aplicar que ha descubi

10 a través de una única punción y conseguimos diagnosticar lesiones en el estadio más temprano posible", ha precisado Antonio Gómez. El método es tres veces más **fiab**le en el diagnóstico de hiperplasia ductal atípica y las muestras son ocho veces más grandes que las que se consiguen convencionalmente. Las muestras de biopsia complet

11 ra individualizar este tratamiento coadyuvante. "Hace años que varios grupos de investigadores en todo el mundo trabajan para detectar células tumorales en la sangre periférica, pero hacerlo con **fiabilidad** no ha sido posible hasta el desarrollo de las técnicas de PCR, que no son cuantitativas sino cualitativas", ha señalado Castells. Antecedentes Con este método se han buscado células t

12 opsias de lesiones no palpables sin necesidad de cirugía El Hospital Valdecilla de Santander dispone de un mamotomo conectado a un ecógrafo cuya **fiabilidad** se acerca al cien por cien de los casos Almudena Ruiz, Santander.- La utilización del mamotomo está permitiendo que el Hospital Vald

13 instala en España, con el que se pueden realizar biopsias de lesiones no palpables, menores de centímetro y medio, detectadas por mamografía. La **fiabilidad** de la técnica, que no necesita ningún tipo de intervención quirúrgica, se acerca al cien por cien. Además, hace innecesario el ingreso hospitalario del

14 ción hipometabólico característico con un alto nivel de sensibilidad (79 a 96 por ciento) y especificidad (88 a 100 por cien), y proporciona alta **fiabilidad** en la confirmación de un diagnóstico de sospecha clínica. Existe una concordancia muy buena entre los parámetros clínicos que definen la EA y un patrón d

15 parámetros clínicos que definen la EA y un patrón de neuroimagen FDG-PET. El hallazgo de dicho patrón posibilita el diagnóstico precoz con un alto grado de **fiabilidad** en los casos leves o dudosos. Sin embargo, los autores de la investigación afirman que "no se puede considerar la FDG-PET como una herramienta

16 población general para una  $p < 0.05$ ). Los investigadores concluyen que el examen inmunohistoquímico de los ganglios linfáticos axilares es un procedimiento **fiab**le, de gran valor

diagnóstico (estadaje) y pronóstico a la par que sencillo de aplicar e interpretar. Es el método de elección para el examen

17 tes blandas o de tubo digestivo". La extracción de componentes celulares con alto índice de calidad permite que la tumoteca acumule datos con gran **fiabilidad**. "Estos conocimientos se pueden aplicar en pacientes que están siendo diagnosticados en la actualidad, de modo que influya en una terapéutica más agresiva

18 desarrolla un sistema de detección precoz de cáncer de mama pionero en Europa El screening precoz permite una doble lectura que aporta una mayor **fiabilidad** de diagnóstico y reduce el número de biopsias realizadas EP/ Redacción.- El Laboratorio de Investigación en Imagen Radiológica de la

19 enín informa que el prototipo en desarrollo detecta masas y microcalcificaciones, "permitiendo una doble lectura que da una mayor consistencia y **fiabilidad** al diagnóstico". El proyecto, que intenta implementar técnicas utilizadas con anterioridad en el Laboratorio, está financiado con fondos FEDER

20 A pesar de que puede pasar todavía un año hasta que aparezca un test de detección basado en esta técnica, se espera que este estudio "mejora la **fiabilidad** de la fase de diagnóstico", según declaró a Reuters Health el doctor George L Mutter, director del estudio. El doctor, del Brigham and

21 (fig. 6), la USE logra visualizar estas neoplasias en la práctica totalidad de los casos, permitiendo además el diagnóstico de extensión con una alta **fiabilidad** durante la misma exploración. La infiltración del páncreas, hecho que se asocia a mal pronóstico, llega a detectarse en cerca del 90%

22 ón de lesiones hepáticas utilizando el soporte de la ecografía es una técnica muy extendida y aceptada por su accesibilidad, rentabilidad y **fiabilidad**. La punción con aguja nos permitirá discernir principalmente entre lesiones benignas y malignas. Para realizarla, se pueden utilizar agujas de pequeño

23 nde principalmente de las características de la lesión, de las condiciones técnicas y de la experiencia del ecografista. Se puede llegar a tener un diagnóstico **fiable** en más del 90% de las lesiones focales1-3. Además de este alto grado de eficacia, la punción ecodirigida de las lesiones hepáticas se

24 requieren un abordaje subcostal, mientras que a las lesiones de la mitad superior (segmentos VII y VIII) se suele acceder vía intercostal1. **FIABILIDAD** La eficacia de la punción hepática ecodirigida depende de la localización de la lesión, su tamaño y el tipo histológico, pero osc

25 deberían ser las complicaciones. Por el contrario, cuanto mayor sea el calibre de la aguja y mejor la calidad de la muestra obtenida, mayor **fiabilidad** diagnóstica. En cuanto a las agujas, no sólo es importante tener en cuenta su calibre, sino el tipo de mecanismo utilizado para obtener la muestra. E

26 n especializada por parte de un servicio de cirugía vascular. La ecografía constituye una técnica **fiable**, no invasiva y segura que, por su amplia disponibilidad, se recomienda para la evaluación i

27 bien puede haber casos cuyos valores se encuentren entre el máximo de normalidad y las cifras de absoluta **fiabilidad**. Puesto que existen factores que pueden interferir su determinación, ésta debe ser realizada en

28 o invasoras cervicales3,4, aunque sólo recientemente y merced a la utilización de procedimientos de detección viral más **fiables** y precisos (reacción en cadena de la polimerasa [PCR], hibridación de ADN de última generación)

29 tejido, bien mediante aguja de biopsia estándar, bien con la técnica de aspiración con aguja fina. Dadas las posibilidades diagnósticas y la **fiabilidad** de estos métodos, la laparoscopia ha pasado a ser, en los últimos años, una técnica de exploración de segunda elección en el estudio de las

30 noscopia y el test de hemocultivo, capaz de detectar la existencia de sangre oculta en las heces. La ventaja del mismo es que, aunque no es **fiable** al 100%, no presenta riesgo alguno. Según la Dirección General de Sanidad, generalizar su empleo no sería excesivamente caro, pues cuesta 25 francos y pe

31 se diagnostica por histeroscopia en el 5-10 % de los casos de pacientes con metrorragia posmenopáusica y en torno al 1% cuando la hemorragia anormal se produce en premenopáusicas. La **fiabilidad** de la histeroscopia para el cáncer de endometrio es elevada, con una sensibilidad del 99% y un

32 de los EE.UU., Europa y Oceanía. De su estudio se realizó la clasificación que reproducimos y que tiene un valor pronóstico **fiable** y además es reproducible y aceptada internacionalmente5 (tabla IV).  
TRATAMIENTO

#### seguro\* + diagn\*

N Concordance

1 ma. Este equipo, que consiste en una Mesa de Estereotaxia Digital Prona y un dispositivo de biopsia Mamotomo, tiene como objetivo principal realizar un **diagnóstico seguro** de lesiones mamarias sospechosas de malignidad, evitando la cirugía. La Unidad de Mamografía del Hospital Virgen del Camino ha sido selecc

2 En esta línea, el director del Laboratorio de Investigación en Imagen Radiológica, Miguel Souto Bayarri, resalta el hecho de que el ordenador refleja un **diagnóstico seguro**, descartando así otras pruebas para contrastar resultados. Según Souto Bayarri, la finalidad de este prototipo pionero en Europa es "ayudar de

3 La radiografía digitalizada permite realizar **diagnósticos** más **seguros** de cáncer gástrico. La técnica tiene un considerable potencial como alternativa a la radiografía gastrointestinal convencional, según ha demostrado

#### segur\* + prueba\*

N Concordance

1 otras actividades de cribado, es objeto en la actualidad de fuerte controversia científica y social. A pesar de la relativa buena aceptabilidad y **seguridad** de la **prueba**, su uso ha sido cuestionado tanto por su limitada sensibilidad y especificidad como por su discutible efectividad. Aunque

2 En esta línea, el director del Laboratorio de Investigación en Imagen Radiológica, Miguel Souto Bayarri, resalta el hecho de que el ordenador refleja un diagnóstico **seguro**, descartando así otras **pruebas** para contrastar resultados. Según Souto Bayarri, la finalidad de este prototipo pionero en Europa es "ayu

### COMPLICACIONES / RIESGOS:

#### complica\* + diagn\*

N Concordance

1 aunque sus resultados no estarán disponibles hasta dentro de una década. Peligros potenciales del **diagnóstico** precoz. Las **complicaciones** de la venopunción para determinar niveles de PSA son triviales, pero las consecuencias de los falsos positivos y negativos sí merecen consideraci

2 e un riesgo mayor de recaída de la enfermedad. Entre otros factores que podrían pronosticar un resultado desfavorable se encuentran el ser de más corta edad en el momento del **diagnóstico**, la **complicación** del tronco encefálico, la resección subtotal y un tumor de la fosa no posterior. La importancia diagnóstica de la complicación del tronco encefálico está aún siendo debatida. Est

3 an el ser de más corta edad en el momento del diagnóstico, la complicación del tronco encefálico, la resección subtotal y un tumor de la fosa no posterior. La importancia **diagnóstica** de la **complicación** del tronco encefálico está aún siendo debatida. Estas variables de pronóstico tienen que evaluarse en el contexto del tratamiento recibido. Los marcadores biológicos, tales como la pl

4 ya una recaída después de las dosis altas de quimioterapia. Los glucocorticoides también pueden producir remisiones substanciales pero de corta duración. La eficacia de los esteroides puede **complicar** la evaluación **diagnóstica** al oscurecer los resultados histológicos. Los pacientes con linfoma primario del SNC asociado con el SIDA generalmente presentan infecciones del virus de la in

5 adounidenses y europeos. La mayoría de los pacientes que padecen de linfoma folicular tienen más de 50 años de edad y se presentan con enfermedad muy difundida en el momento del **diagnóstico**. La **complicación** ganglionar es muy común, frecuentemente acompañada de enfermedad esplénica y de la médula ósea. A pesar de la etapa avanzada, la supervivencia media oscila entre 8 y 12 años, por lo q

6 es císticos. INFORMACION DE LAS ETAPAS Los tumores de las glándulas salivales mayores se clasifican según su tamaño, movilidad y, en tumores parótidos, dependiendo de si el nervio facial está **complicado**. Los estudios de **diagnóstico** por imágenes pueden emplearse en la clasificación de etapas. Los exámenes por imágenes de resonancia magnética (MRI) ofrecen una ventaja sobre las tomo

7 extirpadas durante el cribado en la mayoría de los casos, por lo que puede ser una técnica **diagnóstica** y terapéutica. Las **complicaciones** de la técnica son raras (perforaciones en uno de cada 1.000-10.000 exámenes), pero tiene la limitación de detectar

8 s y un proceso maligno, o un linfoma y una hiperplasia linfoide. Teniendo en cuenta el elevado rendimiento **diagnóstico**, el escaso número de **complicaciones**, su fácil realización y, por otro lado, los problemas derivados de la biopsia cervical directa, se puede afirmar que la PAAF es la técnica

#### complica\* + explora\*

N Concordance

1 órganos intraabdominales en pacientes con abdomen agudo o en los traumáticos graves en los que se sospecha una hemorragia intraabdominal. **COMPLICACIONES** La **exploración** debe realizarse bajo régimen hospitalario con un ingreso corto (hospitalización de 24 horas). Los controles mé

2 frecuentes de la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la **exploración**. Otras **complicaciones** más graves son perforación de asas intestinales, especialmente si hay adherencias quirúrgicas o por procesos inflamatorios peritoneales y la hemo

3 contraindicaciones pueden ser temporales y desaparecer mediante tratamientos médicos que nos harán reconsiderar la **exploración**. **COMPLICACIONES** La mortalidad es extremadamente rara. Aproximadamente un caso sobre 8.000 exploraciones, comparable a la que presenta la fibr

**complica\* + frecuen\***

N Concordance

1 s del tracto genital. El sitio de complicación más común es el labio mayor (cerca de 50% de los casos). El labio menor representa del 15% al 20% de los casos. Se observa con menor **frecuencia** la **complicación** del clítoris y las glándulas de Bartholin. El modelo de propagación está influenciado por la histología. Las lesiones bien diferenciadas tienden a diseminarse a lo largo de la su

2 años o más con agrandamiento lento de los tumores originales y el desarrollo gradual de lesiones adicionales. La presencia de estasis venosa y de linfedema en la extremidad inferior afectada son **complicaciones frecuentes**. En casos que duran muchos años, pueden desarrollarse lesiones sistémicas a lo largo del tracto gastrointestinal, en los ganglios linfáticos y en otros órganos. Estas 1

3 , M1 (etapa D1 o D2) La selección del tratamiento dependerá de la edad del paciente, enfermedades médicas coexistentes, síntomas y si hay metástasis distantes (más **frecuentemente** ósea) o sólo **complicación** de ganglio Infático regional. Los síntomas más comunes se originan en el tracto urinario o de las metástasis óseas. La paliación del tracto urinario por medio de resección transuretr

4 a exacerbación de la enfermedad cardiovascular especialmente en dosis altas. El Dietilbestrol (DES, por sus siglas en inglés) en una dosis de 1 miligramo/día no está asociado con tan **frecuentes complicaciones** cardiovasculares como lo está con dosis más altas; sin embargo, el uso de DES ha disminuido debido a los efectos tóxicos cardiovasculares. El DES ya no se encuentra comercialmente d

5 adounidenses y europeos. La mayoría de los pacientes que padecen de linfoma folicular tienen más de 50 años de edad y se presentan con enfermedad muy difundida en el momento del diagnóstico. La **complicación** ganglionar es muy común, **frecuentemente** acompañada de enfermedad esplénica y de la médula ósea. A pesar de la etapa avanzada, la supervivencia media oscila entre 8 y 12 años, por lo q

6 stinal, obstrucción, y (rara vez) perforación. La hiperuricemia y el síndrome de lisis tumoral, particularmente cuando están asociados con obstrucción uretral, **frecuentemente** dan como resultado **complicaciones** que ponen en peligro la vida. El manejo de los pacientes con LNH se debe dar sólo en instituciones con instalaciones de cuidado pediátrico terciario. Algunas pruebas clínicas de L

7 trofia de las membranas mucosas de la boca, faringe y esófago, frecuentemente se asocia con carcinoma de la hipofaringe, cavidad oral o del esófago en la mujer. El seno piriforme es el sitio **complicado** con mayor **frecuencia** en la hipofaringe. Los carcinomas postcricoides y de la pared hipofaríngea posterior representan sólo un tercio de los cánceres hipofaríngeos. Es frecuente observ

8 los pedúnculos cerebelares, cerebelo y/o tálamo. La mayoría de los gliomas del tronco encefálico infantiles son tumores intrínsecos difusos que afectan el puente de Varolius, **frecuentemente** con **complicación** contigua de otros sitios del tronco encefálico. Otro subconjunto es el del astrocitoma pilocítico focal, cuyo pronóstico es más favorable y suele presentarse en el techo del me

9 s. La resección es fácil y raramente recurren. En la actualidad se utiliza el Nd-YAG láser con broncoscopio rígido y anestesia general. Las **complicaciones** más **frecuentes** son hipoxemia, alteraciones cardiovasculares y hemorragia severa (> 250 ml); menos frecuentes son enfisema mediastínico y neumotór

10 abeja. El cuadro puede evolucionar con la aparición de lesiones bullosas; en estos casos el neumotórax espontáneo es una **complicación frecuente**. La evolución radiológica y la alteración de las pruebas funcionales respir

11 ia de cambios inflamatorios previos o por la existencia de cáncer prostático o vesical. Entre las **complicaciones** descritas más **frecuentes**, cabe resaltar el riesgo de perforación del uréter o pelvis renal, la rotura

12 a precoz la presentación de complicaciones más graves. La incidencia global de complicaciones es del 0,4% y la mortalidad del 0,1%7,10. Las **complicaciones** más **frecuentes** de la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la exploración. Otras complicaciones más graves son perforación de asas intestinales



**complica\* + grave\***

N Concordance

- 1 re donde se informa de 101, 604 prostatectomías radicales llevadas a cabo entre 1991 y 1994 mostró una tasa de mortalidad operativa del 0.54%, una tasa de rehospitalización del 4.5%, y una tasa de **complicaciones graves** del 28.6%. Durante el período de estudio, estas tasas decrecieron en 30%, 8%, y 12% respectivamente. En los hospitales donde las prostatectomías realizadas eran menores
- 2 ctivamente. En los hospitales donde las prostatectomías realizadas eran menores en cantidad, se observó que la tasa de mortalidad postoperatoria en los 30 días subsiguientes fue más alta, las **complicaciones** postquirúrgicas fueron más **graves**, la estadía en el hospital fue mayor y la tasa de rehospitalización fue también más alta, cuando se le comparó con aquellos hospitales en los que s
- 3 aria. Un cohorte prospectivo comunitario de hombres entre 55 y 75 años de edad que fueron tratados con prostatectomía radical (N=1156) o radioterapia de haz externo (N=435) intentó comparar las **complicaciones** agudas y **graves** de las dos estrategias de tratamiento después de hacer ajustes en las diferencias básicas iniciales (baseline) de las características del paciente y su salud en gen
- 4 como náuseas y sialadenitis son frecuentes, pero de carácter transitorio. La fibrosis pulmonar, aunque rara, puede ser una **complicación grave**. La repercusión gonadal se manifiesta por una reducción de la espermatogénesis en el varón y
- 5 exploración son de gran utilidad para tratar problemas leves, generalmente relacionados con el dolor, e identificar de forma precoz la presentación de **complicaciones** más **graves**. La incidencia global de complicaciones es del 0,4% y la mortalidad del 0,1%7,10. Las complicaciones más frecuentes de
- 6 generalmente relacionados con el dolor, e identificar de forma precoz la presentación de complicaciones más **graves**. La incidencia global de **complicaciones** es del 0,4% y la mortalidad del 0,1%7,10. Las complicaciones más frecuentes de la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema
- 7 frecuentes de la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la exploración. Otras **complicaciones** más **graves** son perforación de asas intestinales, especialmente si hay adherencias quirúrgicas o por procesos inflamatorios peritoneales y la hemo
- 8 psia es problemático debido a su localización submucosa. La afección pulmonar por SK no es muy frecuente, pero cuando ocurre suele provocar **complicaciones graves**, e incluso la muerte. Entre los síntomas que ocasiona destacan la disnea no acompañada de fiebre, y en menor medida la hemoptisis.

**riesgo\* + anestesia**

N Concordance

- 1 pacientes con masas mediastínicas grandes corren el **riesgo** de sufrir un paro cardíaco o respiratorio durante la **anestesia** general o durante sedación fuerte. Debido a los riesgos que implica la anestesia general y la sedación fuerte, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y para establecer el diagnóstico de linfoma, debe realizarse el proc
- 2 ra, si es que se indica, para el diagnóstico y tratamiento del linfoma infantil. Ocasionalmente no será posible llevar a cabo un procedimiento operativo de diagnóstico, debido a lo **riesgoso** de la **anestesia** general o sedación fuerte. En estos casos, debe tenerse en cuenta un tratamiento preoperatorio con esteroides o radioterapia localizada. Debido a que el tratamiento preoperatorio podrá
- 3 izada. Debido a que el tratamiento preoperatorio podría afectar la posibilidad de obtener un diagnóstico de tejido exacto, debe de obtenerse una biopsia diagnóstica tan pronto como el **riesgo** de **anestesia** general o sedación fuerte haya mejorado. El síndrome de lisis tumoral resulta del rápido desdoblamiento de las células malignas causando una serie de anormalidades metabólicas, especialm
- 4 entes con tumores mediastínicos grandes corren el riesgo de experimentar un paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia general o sedación profunda. Debido a los **riesgos** asociados con la **anestesia** general y la sedación profunda, se debe llevar a cabo una cuidadosa evaluación fisiológica y radiográfica del paciente y utilizar el procedimiento menos invasor para establecer el diag
- 5 indica una toracotomía formal para el diagnóstico o el tratamiento del linfoma infantil. De vez en cuando no será posible realizar un procedimiento diagnóstico quirúrgico debido al **riesgo** de la **anestesia** general o de la sedación profunda. En estas situaciones, se debe contemplar la posibilidad de usar un tratamiento preoperatorio con esteroides o con radioterapia localizada. Como el trat
- 6 Como el tratamiento preoperatorio puede afectar la habilidad de obtener un diagnóstico acertado del tejido, debe obtenerse un diagnóstico por biopsia tan pronto como se crea aliviado el **riesgo** de **anestesia** general o sedación profunda. La clasificación patológica requiere que se haga una laparotomía con esplenectomía y biopsias de los ganglios linfáticos, el hígado y la médula ósea, a m

**riesgo\* + infeccion\***

N Concordance

1 oviral muy activa puede retrasar o evitar que surjan cepas de VIH resistentes a los fármacos, disminuye profundamente la carga viral, conduce a una supervivencia más larga y reduce el **riesgo de infecciones** oportunistas. El empleo de la HAART podría estar relacionada con la tendencia descendente continua (12%) de la incidencia del SK como enfermedad que define el SIDA. El SK epidé

2 común en estos pacientes en el momento de la presentación inicial, son exacerbadas con la administración de la quimioterapia. En consecuencia, el tratamiento de la malignidad aumenta el **riesgo de infecciones** oportunistas que, a su vez, comprometen aún más el uso del tratamiento adecuado. El pronóstico de los pacientes con linfoma relacionado con el SIDA ha estado asociado con la etapa (g

3 ue las que no llegaban a las 16. Este equipo concluye que el análisis de la cantidad de ADN del VPH durante los chequeos ginecológicos puede contribuir a determinar si las **infecciones** son de alto **riesgo** o no con relación al cáncer de cuello uterino. Confirmado En otro estudio, Nathalie Yitalo, del Instituto Karolinska, en

4 pronóstico en la evolución del SK. La presencia de determinados síntomas, como sudación nocturna y pérdida de peso, o haber presentado previamente **infecciones** oportunistas, también indican mayor **riesgo** de progresión del SK. A su vez, la rápida progresión del SK conlleva un riesgo elevad

5 unistas, también indican mayor riesgo de progresión del SK. A su vez, la rápida progresión del SK conlleva un **riesgo** elevado de padecer las **infecciones** oportunistas características del sida. Tratamiento El tratamiento del SK debe ser individualizado, teniendo en

**crisis + glaucoma**

N Concordance

1 que pueden transmitirse a la descendencia. La midriasis en estos pacientes predispuestos puede actuar como desencadenante de una **crisis de glaucoma** agudo. Esta midriasis puede ser producida por situaciones fisiológicas como mantenerse en la oscuridad o por fármacos que interfieren

2 instilación de midriáticos y el decúbito prono. La clínica desaparece cuando se reinstaura la PIO. Tras la fase prodómica la clínica de la **crisis de glaucoma** agudo viene presidida por los siguientes síntomas cardinales: ojo rojo, fotofobia, dolor ocular y pérdida de la visión del ojo afec

3 de la rapidez con que se ha instaurado el tratamiento. La demora del mismo conlleva que las secuelas sean más profundas. Tras una **crisis de glaucoma** agudo se aprecia disminución de la visión y contracción periférica del campo visual, detectable mediante la práctica de una campimetría computarizada.

**perfora\***

N Concordance

1 causa de cáncer colorrectal. La Sigmoidoscopia en general detecta cánceres y adenomas, es mas cara, posee bajo riesgo de **perforación** (1 en 10000) y moderado grado de disconfort para el paciente. Un estudio reveló que es más doloroso que el CX

2 es levemente más caro que la sigmoidoscopia. Un solo estudio enfocó las posibles complicaciones y se halló un índice de una **perforación** en 25.000 estudios y una mortalidad de 1 en 250.000. Ningún estudio utilizó el CXEDC como primer procedimiento de screening. Por otro

3 da. por la escasa transformación de esas lesiones en neoplasias. Como complicaciones habría 25 veces más posibilidades de **perforación** que el CXEDC, además de complicaciones por la sedación (depresión respiratoria, etc.). Además, los pacientes refieren molestias tanto po

4 de una dosis baja de ciclofosfamida y vincristina; no obstante, no se elimina la necesidad de usar alopurinol e hidratación. Puede ocurrir hemorragia gastrointestinal, obstrucción, y (rara vez) **perforación**. La hiperuricemia y el síndrome de lisis tumoral, particularmente cuando están asociados con obstrucción uretral, frecuentemente dan como resultado complicaciones que ponen en peligro

5 ioterapia. Estos tumores nacen en la superficie del intestino, por lo general en el sitio de un pólipo adenomatoso. El tumor puede diseminarse a la estrata muscular que rodea el intestino o puede **perforar** el intestino completamente y propagarse a través de los espacios alrededor del intestino, incluso la grasa intraabdominal, los ganglios linfáticos, el hígado, los ovarios y la superfici

6 on frecuencia con una masa abdominal, pérdida de peso, disminución del apetito y sangre en las heces fecales. Cualquier tumor que cause obstrucción completa del intestino grueso puede provocar la **perforación** del intestino y diseminar las células del tumor dentro de la cavidad abdominal. A causa de su rareza, el carcinoma colorrectal muy pocas veces se diagnostica en un paciente pediátric

7 continúan siendo el principal reto", ha aclarado el cirujano del Parc Taulí. Una complicación inusual, pero posible, es la intoxicación acuosa, al igual que la **perforación** uterina. En cuanto a las líneas de investigación sobre este procedimiento destacan el carcinoma de endometrio con linfadenectomías pélvicas o las

8 en comparación, el uso de la biopsia con aguja gruesa es peor: implanta células neoplásicas a lo largo del trayecto de la aguja, causa hematomas, parálisis recurrencial, incomodidad y riesgo de **perforación** traqueal. En cuanto al tratamiento, Ginestá ha informado que en los casos de fracaso al tratamiento médico con terapia hormonal supresiva (tiroxina o T-4 levogira) superior a seis meses

9 directamente el instrumento y dilatamos con suero fisiológico y con la punta del histeroscopio". Respecto al riesgo de complicaciones importantes, como la **perforación** del útero, ha afirmado que "no hay ningún peligro puesto que no utilizamos ningún otro instrumento. Basta con respetar la anatomía y no surgirá ningún problema

10 prolongado que se requiere, y puede realizarse en régimen ambulatorio. La morbilidad de esta técnica es muy baja. Sólo se han descrito algunos casos de **perforación**, generalmente en relación con intentos de superar zonas de estenosis infranqueables, y por tanto de sobrepasar los límites de la

11 sus propias cuerdas vocales. Johann Czermak aplicó en 1858 la luz reflejada en un espejo frontal **perforado** dando lugar así a la laringoscopia indirecta moderna en la que se aplican diferentes sistemas de iluminación: el espejo

12 o que puede ser una técnica diagnóstica y terapéutica. Las complicaciones de la técnica son raras (**perforaciones** en uno de cada 1.000-10.000 exámenes), pero tiene la limitación de detectar sólo los CCR localizados en el recto, sig

13 vesical. Entre las complicaciones descritas más frecuentes, cabe resaltar el riesgo de **perforación** del uréter o pelvis renal, la rotura del fórnix secundaria a una inyección del contraste a alta presión y menos frecuent

14 la técnica son la inyección de gas en el epiplón, el enfisema subcutáneo y el reflejo vasovagal durante la exploración. Otras complicaciones más graves son **perforación** de asas intestinales, especialmente si hay adherencias quirúrgicas o por procesos inflamatorios peritoneales y la hemorragia o el

15 por procesos inflamatorios peritoneales y la hemorragia o el coleperitoneo en relación a la biopsia hepática. El enfisema mediastínico, la **perforación** de quistes intrahepáticos, la embolia gaseosa o la lesión de grandes vasos constituyen complicaciones realmente excepcionales.

16 que presenta ciertos riesgos. Según un estudio de 1966, realizado por la Sociedad Francesa de Endoscopias, sobre 276.000 colonoscopias, se produjeron 84 **perforaciones** -74% de las mismas a nivel del sigmoideo-, es decir un 0,03% y se registraron 12 fallecimientos. El 40% de las perforaciones o

17 00 colonoscopias, se produjeron 84 perforaciones -74% de las mismas a nivel del sigmoideo-, es decir un 0,03% y se registraron 12 fallecimientos. El 40% de las **perforaciones** ocurrieron en pacientes con antecedentes de cirugía subumbilical, lo que supone un riesgo, como lo es también para las mujeres

18 tuvieron complicaciones es de 55 años, complicaciones que afectan sobre todo a los que han cumplido 87 años. Entre los pacientes que sufrieron una **perforación**, un 71,7% presentaba una patología colónica. Otro riesgo real de la colonoscopia es la infección de la hepatitis C y, actualment

19 r asintomáticas y similares a las cutáneas. En algunos casos provocan obstrucción en el píloro o en otras zonas, malabsorción, hemorragia o **perforación**. El diagnóstico de estas lesiones mediante biopsia es problemático debido a su localización submucosa. La afección pulmonar po

20 ser diferenciadas de las otras causas de dolor abdominal. La esclerosis de las fibras elásticas vasculares puede originar **perforaciones** isquémicas del intestino. Síntomas endocrinos El 54% de los pacientes con síndrome de C

21 más laboriosa y requiere una mayor experiencia por parte del explorador para obtener el mismo rendimiento. El porcentaje de complicaciones (**perforación** y problemas derivados de la sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo, de forma que la relación beneficio-riesgo es altamente satisfactoria

22 sedación o anestesia) de esta técnica es muy bajo, de forma que la relación beneficio-riesgo es altamente satisfactoria. El riesgo más alto de **perforación** lo presentan las estenosis neoplásicas del esófago, sobre todo si el paciente ha sido sometido a sesiones previas de dilatación.

#### lesión\* + prueba\*

N Concordance

1 tración de la radioterapia está en estudio, y resultados preliminares sugieren que la quimioterapia puede ser usada para retardar, sino obviar, la necesidad de radioterapia en algunos niños con **lesiones**

benignas y malignas. Las **pruebas** de observación forman en la actualidad parte de todos los estudios en curso sobre tumores neuroectodérmicos primitivos supratentoriales. El manejo d  
2 inmediata ante las posibles complicaciones que se derivan de las patologías detectadas".  
Mamografía inicial En principio, la mamografía debe ser la primera prueba para el despistaje de posibles **lesiones**. Las otras **pruebas** complementarias se aplican en función de qué tipología se encuentre. La mamografía, ecografía, la punción y la cirugía estereotáxica se practican en el Hospital de La E  
3 enfermedad y su análisis permite conocer si el sistema linfático regional se halla afectado por el tumor. Si el resultado de las **pruebas** confirman que se encuentra **lesionado** se realiza una linfomagrafía o se resuelve el problema con cirugía. En el caso de que los resultados de la exploración sean del todo neg

#### PRUEBA SUSTITUIDA:

##### sustitu\* + diagn\*

N Concordance

1 realizados hasta el momento han demostrado que la PET supone un avance respecto a otras técnicas en el **diagnóstico** oncológico. Complementa e incluso **sustituye** a los estudios con anticuerpos monoclonales marcados, al galio o al TAC en enfermedad residual en linfomas y carcinoma colo-rectal", explica el Dr. Richte

2 reque-rían una cirugía más agresiva. Así pues, la ginecología actual dispone de una técnica **diagnóstica** que ha **sustituido** al clásico legrado uterino diagnóstico, procedimiento que precisaba anestesia, dilatación cervical y se realizaba a

##### sustitu\* + examen

N Concordance

1 n del tacto rectal, para el diagnóstico precoz, los pacientes y los médicos han pedido cada vez más el examen de PSA como **sustituto** del **examen** profiláctico. Este examen, a pesar de la gran importancia que representó en la evolución del diagnóstico y del tratamiento del

##### sustitución

N Concordance

1 e más elevado en los centros no reformados. En esta frase no se esperaba consenso, puesto que no está recomendado como método de cribado en **sustitución** de la mamografía. Sin embargo, tal como se formulaba la afirmación en el cuestionario, no resulta excluyente ni contradictoria la práctica de la aut

2 paciente se mantiene en una zona segura toda la noche o hasta que los riñones desechen prácticamente todo el elemento radioactivo. En el periodo postoperatorio, hay que administrar terapia de **sustitución** de hormonas para compensar la hormona de la tiroide perdida. Este elemento radiactivo, el I-131, suele tener éxito en suprimir la función de la tiroides, después de lo cual el

3 ar si hay enfermedad metastásica que complique los pulmones. Los niveles de tiroglobulina, T4, y TSH deben evaluarse periódicamente para determinar si se ha dosificado correctamente la hormona de **sustitución**. Los pacientes con cáncer de la tiroides gozan, por lo general, de excelente supervivencia con muy pocos efectos secundarios. Sin embargo, no es raro que el cáncer recurra, y esto es má

APÉNDICE IX:

ÁRBOL CONCEPTUAL DE LA CATEGORÍA *DIAGNOSTIC PROCEDURE* EN *ONTOTERM*

