
La nomenclatura de los fármacos (I). ¿Qué es y para qué sirve la denominación común internacional?*

Fernando A. Navarro

No es posible dedicarse eficazmente al estudio de una ciencia si no se conoce bien su léxico especializado. La medicina, como las demás disciplinas científicas, posee una buena cantidad de vocablos propios, de gran valor por su precisión o exactitud, que no pertenecen al lenguaje común. Este valor depende en la práctica de la propiedad con que se apliquen dichos vocablos, razón por la cual quienes se dedican a una disciplina científica cualquiera –si no quieren ver anulada su eficacia real– han de otorgar a cada término el mismo significado y evitar todo uso anárquico o confuso. El lenguaje científico es un idioma que comprenden todos los investigadores del mundo con la única condición de que se utilice correctamente^{1,2}.

La ausencia de un criterio uniforme, por el contrario, implica serias dificultades para las funciones que el lenguaje médico tiene que desempeñar como instrumento fundamental de comunicación entre quienes integran la comunidad médica internacional³. Disminuye la claridad y la precisión de la información transmitida tanto verbalmente como por escrito, y dificulta gravemente la eficacia de los sistemas de recuperación de la información. Estas dificultades intentan superarse mediante la publicación de nomenclaturas normalizadas, que no son más que listas de términos aprobados por una comunidad científica.

En farmacología, a pesar de los meritorios esfuerzos realizados, el problema de la nomenclatura dista mucho de estar definitivamente resuelto⁴⁻¹⁰. A lo largo de este artículo iré presentando diversos ejemplos de las repercusiones prácticas de esta falta de uniformidad. Uno de los problemas más preocupantes, a juzgar por la gran cantidad de comentarios publicados en las revistas médicas¹¹⁻²³, es el relativo a los errores de la medicación

atribuibles a semejanza fonética u ortográfica entre dos fármacos distintos. Es bien conocida, por ejemplo, la similitud existente entre los nombres quinina (antipalúdico) y quinidina (antiarrítmico). Las notificaciones sobre problemas de este tipo son muy abundantes, tanto por semejanza entre dos nombres comunes^{16,24-29}, como entre dos nombres comerciales³⁰⁻³⁷ o entre un nombre común y otro comercial^{38,39}.

En el momento actual, una sustancia farmacéutica puede ser conocida por varios nombres químicos, uno o más códigos de investigación, sinónimos, un nombre oficial (como mínimo) y varios nombres registrados o marcas comerciales en distintos países. Llegados a este punto, se nos plantean de forma inevitable dos preguntas: ¿por qué tantos nombres distintos para designar a un mismo fármaco? ¿en qué se distinguen las diferentes denominaciones?

Nombres o denominaciones de las sustancias farmacéuticas^{13,40-44}

El **nombre químico** es un nombre sistemático que proporciona una identificación química completa y describe la estructura química de una sustancia. La sistematización y regularización de los nombres químicos corresponde a la *International Union of Pure and Applied Chemistry* (IUPAC). La característica primordial de estos nombres es que son muy descriptivos, ya que permiten reproducir fielmente la fórmula estructural del fármaco. Sin embargo, son poco útiles en la práctica, pues suelen ser complejos y demasiado engorrosos para las necesidades de médicos, farmacéuticos y pacientes. Por ejemplo, el nombre químico de la eritromicina es (3R*,4S*,5S*,6R*,7R*,9R*,11R*,12R*,13S*,14R*)-4-((2,6-didesoxi-3-C-metil-3-O-metil-alfa-L-ribo-hexopiranosil)-oxil)-14-etil-7,12,13-trihidroxi-3,5,7,8,11,13-hexametil-6-((3,4,6O-tridesoxi-3-(dimetil-amino)-beta-D-xilohexopiranosil)oxi)oxacilotetradecán-2,

*Publicado en *Medicina Clínica* 1995; 105: 344-384.

10-diona; la ceftriaxona es el ácido [[[(2-amino-4-tiazolil)(metoximino)actil]-amino]-8-oxo-3-[[[(1,2,5,6-tetrahidro-2-metil-5, 6-dioxo-1,2,4-triacín-3-il)tio]metil]-5-tia-1-azabicyclo[4.2.0]octo-2-eno-2-carboxílico; y el nombre químico de la ciclosporina es [R-[R*,R*-(E)]]-ciclo(L-alanil-D-alanil-N-metil-L-leucil-N-metil-L-leucil-N-metil-L-valil-3-hidroxi-N,4-dimetil-L-2-amino-6-octenoil-L- α -aminobutiril-N-metilglicil-N-metil-L-leucil-L-valil-N-metil-L-leucilo).

Los **códigos de investigación** son adjudicados por el laboratorio farmacéutico que investiga una sustancia, pero no son marcas registradas. Suelen ser códigos alfanuméricos, con letras relacionadas con el laboratorio; por ejemplo, Ro 31-2848 fue el código de investigación utilizado por Roche en las primeras fases de desarrollo del cilazapril. Aunque se trata de códigos sencillos, es indudable que cualquier combinación alfanumérica puede inducir a confusión, por lo que dejan de utilizarse una vez seleccionado otro nombre más apropiado. Ahora bien, en tanto no exista una denominación común internacional (DCI), es siempre preferible usar un código de investigación a otros nombres farmacológicos o vulgares^{45,46}, ya que el empleo de estos últimos dificulta en gran medida la posterior aceptación de la DCI. Esto ha sucedido, por ejemplo, con el Ro 24-2027, un nuevo antirretrovírico de Roche más conocido como didesoxicitidina o ddC que por su DCI zalcitabina.

El **nombre farmacológico**, nombre no registrado, nombre común o nombre oficial está destinado al uso de los profesionales sanitarios y proporciona una información única, simple, sencilla y concisa. Por definición, no puede ser propiedad de ningún grupo privado; es una forma de propiedad pública que cualquiera puede utilizar libremente^{5,6,47}. Los nombres farmacológicos se seleccionan mediante un proceso formal entre los organismos oficiales (comités de nomenclatura nacionales o internacionales) y los fabricantes. Periódicamente se publican listados con los nombres farmacológicos.

Las denominaciones oficiales más conocidas son las denominaciones comunes internacionales o DCI (en inglés, *international nonproprietary names* o INN) que publica la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, éstas no son las únicas denominaciones oficiales que existen en el mundo. Aunque algunos de los principales países productores de nuevos fármacos, como Alemania

y Suiza, aceptan las DCI publicadas por la OMS, otros países desarrollados poseen sus propias organizaciones o comités nacionales encargados de la nomenclatura y de la selección, adopción y designación de nombres para las sustancias farmacéuticas, que disfrutan de carácter oficial en sus respectivos países. Así sucede, por ejemplo, en los Estados Unidos (*United States adopted names*, USAN), en Gran Bretaña (*British approved names*, BAN), en Francia (*dénominations communes françaises* (DCF) y en Japón (*Japanese accepted names*, JAN). Estas denominaciones oficiales nacionales suelen coincidir con las DCI de la OMS, pero no siempre sucede así. Veamos, por ejemplo, el caso extremo del metamizol (DCI), que recibe también los nombres comunes u oficiales de noramidopirina (Francia), dipirona (Méjico, Gran Bretaña y EE.UU.), analgina (Rusia, India y China), noraminofenazona (Hungría y Yugoslavia) y sulpirina (Japón). Al parecer, en este caso los diversos comités de nomenclatura, en un intento de simplificar la situación, no han hecho más que complicarla hasta límites inimaginables. Arellano y Sacristán⁴⁸, que revisaron las ediciones de 1985 a 1989 del vademécum español, hallaron 16 nombres farmacológicos distintos para el metamizol. Las repercusiones prácticas de esta falta de uniformidad pueden adivinarse fácilmente, por ejemplo, a la hora de realizar una búsqueda bibliográfica por ordenador.

A menudo se utiliza el término "nombre genérico" como sinónimo de nombre común o nombre farmacológico. Sin embargo, no soy partidario de utilizar el término *genérico* en este sentido. Un nombre genérico es, en sentido estricto, aquel que designa a un género o grupo farmacológico¹³; por ejemplo, cefalosporina, benzodiacepina, andrógeno o neuroléptico.

Se llama **nombre registrado**, nombre comercial o marca al nombre que recibe un producto para su comercialización una vez finalizado el proceso de investigación y fabricación, con el objeto de distinguirlo de otros productos similares. El nombre comercial se anota en el Registro de la Propiedad Industrial y pasa de este modo a ser propiedad legal de los fabricantes. Es importante resaltar que las marcas comerciales se otorgan a los productos farmacéuticos terminados (también llamados medicamentos o especialidades farmacéuticas), pero no a las sustancias farmacéuticas, fármacos o principios activos⁵. Las marcas, que son escogidas por el propio fabricante exclusivamente, suelen caracterizar-

se por su brevedad, fantasía, sonoridad y fácil memorización^{49,43,50}.

Tenemos, por último, muchos otros nombres, de menor importancia, utilizados para designar los fármacos, de los cuales sólo comentaremos dos. Los **nombres vulgares** son nombres de titularidad pública, pero se diferencian del nombre farmacológico porque se acuñan al azar, sin la aprobación de los comités nacionales o internacionales. Por motivos obvios, se desaconseja su utilización. Un ejemplo muy reciente es el del primer medicamento antisídico, que alcanzó gran difusión a través de los medios de comunicación con el nombre de “azidotimidina” antes de que la OMS le otorgara la DCI zidovudina. Hoy día todavía es frecuente hallar ambas denominaciones, tanto en la prensa general como en las publicaciones médicas o en el lenguaje médico hablado. Dentro de este amplio grupo de “otros nombres”, merecen un comentario especial los **nombres abreviados** de los fármacos, fuente permanente de errores y malentendidos⁵¹. Debe ponerse especial cuidado en evitarlos siempre que sea posible. A modo de ejemplo podemos retomar el caso de la zidovudina, que con frecuencia aparece todavía en las publicaciones médicas y generales en su forma abreviada AZT (por “azidotimidina”), que para muchos otros médicos corresponde a la abreviatura de la azatioprina o del aztreonam^{4,17,52}.

En resumen, los nombres abreviados resultan inadecuados por su falta de precisión y uniformidad. Los nombres químicos, aunque sumamente precisos, carecen de utilidad en la práctica médica debido a su extrema complejidad. El código de investigación apenas se utiliza fuera de la propia compañía farmacéutica que lo acuña, y deja de emplearse bastante antes de que el fármaco llegue a comercializarse. Tampoco los nombres vulgares –con algunas excepciones– alcanzan gran difusión ni ofrecen ventaja práctica alguna para el médico o el paciente. Por tanto, la alternativa de cuál es la denominación más conveniente en medicina se reduce únicamente a escoger entre el nombre farmacológico (en concreto, la DCI) y el nombre comercial⁴².

¿Nombre farmacológico o nombre comercial?

Si lo que nos preocupa es la nomenclatura, esto es, la precisión y la uniformidad del lenguaje científico entre médicos de distintas na-

cionalidades, se hace necesario encontrar una forma común de identificar cada sustancia farmacéutica por un único nombre, de uso público y mundialmente aceptado, que permita su identificación y el intercambio de información^{7,8,10}. En este sentido, el uso de las DCI presenta innegables ventajas con respecto a las marcas comerciales.

En primer lugar, las DCI se caracterizan por una relación biunívoca entre significante y significado^{6,47,53}. Es decir, cada DCI se aplica a un único fármaco y cada fármaco no puede recibir más de una DCI. Por el contrario, un mismo principio activo puede venderse bajo múltiples nombres comerciales, incluso en un mismo país. Sólo en España, por ejemplo, el Vademécum Internacional⁵⁴ de 1993 registraba 56 especialidades farmacéuticas con amoxicilina y 83 especialidades distintas con pirodoxina. Si ampliamos el ámbito geográfico, la farmacopea de Martindale⁵⁵ registra 142 especialidades farmacéuticas con amoxicilina como único principio activo (sin contar las numerosas especialidades que la incluyen en asociación con otros fármacos). En todo el mundo, existen más de cien mil marcas comerciales, mientras que la OMS sólo ha publicado unas seis mil DCI desde 1953 hasta 1992 (de las cuales, más de mil no llegaron nunca a comercializarse o ya no se comercializan)⁶. Por otro lado, aunque es una práctica desaconsejable y poco usual, un medicamento puede mantener un mismo nombre comercial a pesar de haber variado su composición⁵⁶⁻⁶⁰, o bien variar su composición de un país a otro⁶¹. Un ejemplo reciente en nuestro país es el publicado por Polo y cols.⁶⁰, que observaron cuatro casos de descompensación de la epilepsia en relación con un cambio en la composición de Sinergina (que pasó de contener fenitoína y fenobarbital a contener únicamente fenitoína).

En segundo lugar, las DCI guardan en mayor o menor medida una relación con la actividad del fármaco que designan^{6,13,47,62}. Esto se debe, lo veremos con mayor detalle un poco más adelante, al empleo de una serie de partículas que otorgan a la denominación un cierto carácter genérico. Por ejemplo, el sufijo *-triptilina*, característico de los antidepresivos tricíclicos, revela claramente el parentesco existente entre la nortriptilina y la amitriptilina. Las marcas comerciales, por el contrario, no permiten relacionar el nombre con la actividad del principio activo. Por ejemplo, las marcas Sedergine y Sinergina, a pesar de su similitud

gráfica y fonética, corresponden, la primera a un analgésico (el ácido acetilsalicílico) y la segunda a un antiepiléptico (la fenitoína). Batty y Littlewood⁶³ han estudiado en un hospital de Inglaterra la capacidad de los médicos para asociar las marcas comerciales con el nombre farmacológico de su principio activo. Para ello, repartieron a 14 médicos un cuestionario con 20 marcas comerciales de antiinflamatorios no esteroides de uso frecuente, con la petición de que indicaran el nombre farmacológico correspondiente a cada una de ellas. El número medio de aciertos fue de tan sólo 6,6.

Las marcas, además, presentan el inconveniente añadido de ser una forma de propiedad privada, de modo que sólo pueden utilizarse con el consentimiento del propietario (el laboratorio farmacéutico)^{6,47}.

Por último, las DCI, son denominaciones básicamente internacionales, aunque puedan diferir ligeramente de un idioma a otro. Las marcas, por motivos lingüísticos y comerciales, cambian a menudo de un país a otro, incluso tratándose de un mismo laboratorio farmacéutico. Así, el medicamento que Roche comercializa en España con el nombre de Lexatín es Lexotan en Portugal, Lexomil en Francia, Lexotanil en Alemania, Lexotán en Méjico y Lectopam en Canadá. De forma parecida, el Redoxón Calciovit de España se conoce como Cal-C-Vita en Argentina, Calcevitone en Australia, Redoxon-Cal en Canadá, Redoxón-Calcio en Chile, Calcium-D-Redoxon en Filipinas, Calcidon en Italia y Calcevita en Holanda. No resulta difícil imaginar las graves repercusiones que ello puede entrañar para el paciente en los viajes internacionales^{13,23}.

En resumen, la precisión, uniformidad y aceptación internacional de las DCI las convierten en el medio ideal de comunicación entre médicos de distintos países, por lo que resultan esenciales en los documentos oficiales y en las publicaciones médicas^{6,47,62}. Además, facilitan la adscripción de los fármacos al grupo farmacológico al que pertenecen, por lo que es recomendable su uso en las facultades universitarias, los libros de texto y, en general, en la práctica médica.

Con ello no quiero decir que las marcas no deban utilizarse nunca. Por motivos comerciales obvios, las marcas o nombres registrados son, lógicamente, de uso preferente en el mundo de la industria farmacéutica; pero también para los médicos las marcas ofrecen importantes ventajas de tipo no comercial en algunas situaciones concretas.

Entre dos especialidades farmacéuticas de distinto fabricante pueden existir diferencias en la biodisponibilidad del principio activo^{5,13,42,53,64-67}, lo cual adquiere especial importancia en la monitorización de niveles séricos de los fármacos con un índice terapéutico pequeño (digoxina, antiepilépticos) y las especialidades de liberación sostenida. Es bien conocido, además, que dos medicamentos con un mismo principio activo pueden presentar diferencias en los excipientes que contienen. Por tanto, también en el terreno de la farmacovigilancia⁶⁸ es de gran utilidad conocer el nombre comercial del medicamento, ya que existen reacciones adversas relacionadas no con el principio activo, sino con alguno de los excipientes (p. ej.: diarrea por intolerancia a la lactosa).

No obstante, la gran ventaja práctica de los nombres comerciales es que son, por lo general, más fáciles de recordar y pronunciar que las DCI^{42,59,65}. Su empleo facilita en gran medida la comunicación con los pacientes, que pueden tener dificultades para recordar nombres complicados. Las asociaciones en dosis fijas de dos o más principios activos, que carecen de DCI propia, presentan una situación muy clara de complejidad⁶⁷. Por ejemplo, a nadie debe extrañar que el médico hable de Septrín para designar lo que para la OMS serían 80 mg de trimetoprima y 400 mg de sulfametoxazol (y éste es un caso relativamente sencillo; hay especialidades que contienen hasta 30 principios activos distintos). Aunque la OMS no ofrece ninguna solución para este problema, sí lo han hecho algunos comités nacionales de nomenclatura. El programa USAN^{69,70}, por ejemplo, asigna a las asociaciones una denominación común formada por el prefijo *co-* (de *combination*) y las primeras o las últimas letras de cada uno de los dos principios activos: *co-trimoxazole* (**trimethoprim + sulfamethoxazole**), *co-triamterzide* (**triamterene + hydrochlorothiazide**).

Dejemos ahora estas divagaciones por los diversos aspectos concretos de la práctica médica y volvamos al asunto central del artículo: el problema de la nomenclatura. Como hemos visto, las DCI constituyen actualmente la propuesta más universal para uniformar la nomenclatura de los fármacos. Antes de pasar a comentar los problemas a los que se enfrentan las DCI en España, resulta fundamental conocer quién las selecciona y cómo se seleccionan. Procuraré en la última parte de este artículo comentar algunos principios básicos del

TABLA I
PRINCIPALES PARTÍCULAS UTILIZADAS EN LA FORMACIÓN DE LAS DENOMINACIONES
COMUNES INTERNACIONALES (DCI) Y SU SIGNIFICADO.

| <i>Partícula</i> | <i>Grupo terapéutico</i> |
|-------------------------|---|
| -aco | Antiinflamatorios del grupo del ibufenaco [38] |
| -adol, -adol- | Analgésicos [38] |
| -antel | Antihelmínticos que no forman parte de un grupo definido [15] |
| -asa | Enzimas [18] |
| -ast | Antiasmáticos y antialérgicos de acción preferentemente no antihistaminica [34] |
| -astina | Antihistaminicos [23] |
| -azepam | Fármacos del grupo del diazepam [49] |
| -azocina | Antagonistas y agonistas opiáceos relacionados con el 6,7-benzomorfanio [17] |
| -azolina | Antihistaminicos o vasoconstrictores locales del grupo de la antazolina [18] |
| barb-, -barb-, -barb | Barbitúricos de actividad hipnótica [28] |
| -bendazol | Antihelmínticos del grupo del tiabendazol [17] |
| bol-, -bol-, -bol | Esteroides anabolizantes [22] |
| -caína | Anestésicos locales [59] |
| -cain- | Antiarrítmicos del grupo I, químicamente emparentados con la procainamida y la lidocaína [31] |
| cef- | Antibióticos derivados del ácido cefalosporánico (cefalosporinas) [62] |
| -ciclina | Antibióticos del grupo de la tetraciclina [25] |
| -cilina | Antibióticos derivados del ácido 6-aminopenicilánico (penicilinas) [63] |
| -conazol | Antifúngicos sistémicos del grupo del miconazol [33] |
| cort-, -cort-, -cort | Corticosteroides, excepto los del grupo de la prednisolona [23] |
| dil-, -dil-, -dil | Vasodilatadores [55] |
| -dipino | Antagonistas del calcio del grupo del nifedipino [23] |
| -drina | Simpaticomiméticos [18] |
| erg-, -erg- | Alcaloides derivados del cornezuelo de centeno [28] |
| estr-, -estr- | Estrógenos [33] |
| -fibrato | Fármacos del grupo del clofibrato [32] |
| -filina | Derivados de la teofilina [40] |
| gest-, -gest-, -gest | Progestágenos [40] |
| gli- | Hipoglucemiantes sulfamídicos [30] |
| -grel-, -grel | Antiagregantes plaquetarios [18] |
| guan- | Antihipertensores derivados de la guanidina [15] |
| io- | Medios de contraste yodados [55] |
| -micina | Antibióticos obtenidos de <i>Micromonospora</i> o <i>Streptomyces</i> [113] |
| mito- | Antineoplásicos nucleotóxicos [18] |
| -mustina | Antineoplásicos alquilantes derivados de la β -cloroetilamina [20] |
| -nidazol | Antiparasitarios del grupo del metronidazol [24] |
| nifur- | Derivados del 5-nitrofurano [26] |
| -olol | Bloqueantes adrenérgicos β [90] |
| -onida | Esteroides de uso tópico que contienen un grupo acetal [21] |
| -orex | Anorexígenos [23] |
| -oxacino | Antibióticos del grupo del ácido nalidixico [27] |
| -perona | Derivados de la 4'-fluoro-4-piperidinobutirofenona, tranquilizantes, neurolépticos [32] |
| -pramina | Fármacos del grupo de la imipramina [19] |
| pred-, -pred- | Derivados de la prednisolona y la prednisona [25] |
| -prida | Derivados de la sulfiprida [41] |
| -pril | Inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina [27] |
| -profeno | Antiinflamatorios del grupo del ibuprofeno [41] |
| prost-, -prost-, -prost | Prostaglandinas [52] |
| qui(n)-, -qui(n)- | Derivados quinolínicos [64] |
| sal-, -sal-, -sal | Derivados del ácido salicílico [57] |
| sulfa- | Antibióticos sulfamídicos [53] |
| -terol | Broncodilatadores, derivados de la fenetilamina [29] |
| -tidina | Antagonistas de los receptores H_2 del grupo de la cimetidina [22] |
| -verina | Espasmolíticos de acción similar a la de la papaverina [42] |
| vin-, -vin- | Alcaloides derivados de la <i>Vinca</i> [24] |

Las cifras que aparecen entre corchetes indican el número de DCI que incorporan cada una de las partículas.

proceso de selección de las DCI, en buena medida desconocido todavía por gran parte de la clase médica. El lector interesado en el tema puede remitirse a los artículos más detallados que Wherli^{45,47,71,72} ha publicado sobre este asunto.

La OMS y el proceso de selección de las DCI

En 1950, la Asamblea Sanitaria Mundial decidió que la OMS debía ocuparse de la selección de las denominaciones comunes internacionales (DCI) para las sustancias farmacéuticas. El objetivo que se pretendía era identificar cada sustancia farmacéutica mediante una denominación común única y de aplicación universal. Por aquel entonces se habían iniciado ya programas nacionales encaminados a unificar la nomenclatura farmacéutica en varios países, como los Estados Unidos, Francia, los países nórdicos y Gran Bretaña. Aunque inicialmente la OMS se propuso coordinar las actividades de las comisiones nacionales ya existentes, con los años asumió una función directiva y sus normas para la formación de las denominaciones comunes han sido adoptadas gradualmente por las diversas comisiones nacionales.

Una vez presentada una propuesta de DCI a la OMS, el Director General la somete a los miembros del Cuadro de Expertos de la Farmacopea Internacional y las Preparaciones Farmacéuticas. De acuerdo con unos principios generales bien definidos, estos especialistas idean una denominación adecuada para la sustancia farmacéutica, que recibe el nombre de DCI propuesta (DCIp) y se da conocer públicamente (hasta 1986 en la revista *WHO Chronicle*; desde entonces, en la revista *WHO Drug Information*). Si no hay objeciones en un plazo de cuatro meses desde su publicación, la DCI propuesta pasa a ser una DCI recomendada (DCIr). De forma periódica, la OMS publica un listado recapitulativo en cinco idiomas (latín, inglés, francés, ruso y castellano), que incluye todas las DCI admitidas hasta entonces. El octavo y último listado recapitulativo se ha publicado en 1992⁷³ (los dos anteriores^{74,75} aparecieron en 1988 y 1982).

Al principio, las DCI se formaban principalmente por contracción de los nombres químicos, lo cual daba por resultado denominaciones más bien largas y engorrosas, y que se parecían demasiado entre sí⁷⁶. Actualmente se tiende a formar nombres más cortos y eufónicos.

La formación de las DCI se basa en dos principios fundamentales. En primer lugar, las DCI deben diferenciarse tanto fonética como ortográficamente, no deben ser excesivamente largas ni dar lugar a confusión con denominaciones de uso común. En segundo lugar, si un fármaco pertenece a un grupo de sustancias farmacológicamente emparentadas, su DCI debe poner de manifiesto este parentesco.

Este segundo principio entraña el empleo de una "partícula común" o "segmento clave" en las denominaciones de las sustancias química o farmacológicamente emparentadas. Ello convierte con frecuencia a las DCI en auténticas denominaciones "genéricas", ya que esta partícula indica su pertenencia a un género químico o farmacológico específico^{15,41,77}. La OMS actualiza periódicamente el documento inédito Pharm S/Nom 15, en el que se recogen más de cien partículas básicas con todas las DCI que incorporan cada una de ellas⁷⁸. La tabla I, elaborada a partir de la información contenida en la 26.^a revisión de este documento, presenta las partículas más utilizadas para la formación de las DCI, en su versión castellana. De esta forma, sabemos inmediatamente que el trigevolol es un bloqueante β , la guameciclina es una tetraciclina y el binifibrato es un hipolipoproteínemiente emparentado con el clofibrato, aunque nunca antes hayamos oído estas DCI. No debemos olvidar, sin embargo, que las excepciones siguen siendo muy numerosas; por ejemplo, el estanozolol no es un bloqueante β , sino un esteroide anabolizante.

La gran ventaja del uso de partículas comunes, y uno de los mayores aciertos de la OMS, es que los nombres cobran un sentido para los médicos y otros profesionales sanitarios, ya que proporcionan información sobre su naturaleza farmacológica y química.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francone MP. Introducción. En: Braier L, ed. Diccionario enciclopédico de medicina JIMS (4.^a edición). Barcelona: JIMS, 1986; XI-XII.
2. Irazazábal Nerpell A. La terminología científica: su enseñanza en lengua española. *Polít Cient* 1993; 38: 52-58.
3. López Piñero JM, Terrada Ferrandis ML. Introducción a la terminología médica. Barcelona: Salvat, 1990.
4. Cohen MR, Davis NM. The health sciences need a controlled vocabulary. *Am Pharm* 1993; 33 (9): 24.

5. Anónimo. Nombres comerciales versus nombres genéricos en los productos farmacéuticos. Un problema que requiere solución. *Inf Farm OMS* 1987; 1 (2): 45-47.
6. Wehrli A. The ins and outs of INNs. *Manag Intelect Prop* 1992; marzo: 18-24.
7. Pollett HFL. Drug nomenclature: suggestions for change. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 1.422.
8. Rutter P. Drug nomenclature: suggestions for change. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 1.422.
9. De Abajo FJ. La nomenclatura de los medicamentos: tiempo para la uniformidad. *Med Clín (Barc)* 1990; 94: 598.
10. Tevaarwerk GJM. Drug nomenclature: suggestions for change. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 714.
11. Carter AO. Similar drug names causes concern. *Can Fam Physician* 1993; 39: 754.
12. Carter AO. La nomenclature des médicaments: avis spécial de l'AMC. Drug nomenclature: special notice from the CMA. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 1.121.
13. Laurence DR, Bennett PN. Classification of drugs: names of drugs. En: *Clinical Pharmacology* (7.ª edición). Edimburgo: Churchill Livingstone, 1992; 69-72.
14. Anónimo. Confusing drug names. *Drug Ther Bull* 1985; 23: 77-79.
15. LeBelle MJ. Drug names and medication errors: Who is responsible? *Can Med Assoc J* 1993; 149: 941-943.
16. Beary JF. Confusion about drug names. *N Engl J Med* 1991; 325: 588-589.
17. Landis SJ. Azathioprine or azidothymidine? *Can Med Assoc J* 1990; 143: 611.
18. Davis NM, Cohen MR. Purpose of medication will reduce errors. *Am Pharm* 1992; 32 (11): 22-23.
19. Porter JE. More problems with drug names. *Can Med Assoc J* 1991; 145: 195-196.
20. Davis NM, Cohen MR, Teplitzky B. Look-alike and sound-alike names: the problem and the solution. *Hosp Pharm* 1992; 27: 95-110.
21. Davis NM, Cohen MR. More look-alike and sound-alike errors. *Am Pharm* 1993; 33 (10): 32.
22. Slack M. Drug name confusion. *Lancet* 1991; 338: 190-191.
23. Anónimo. Reporting medication errors to FDA. *FDA Med Bull* 1992; 22: 4.
24. Porter JE. More problems with drug names. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 436.
25. Fallis G. Quinine or quinidine? *Can Med Assoc J* 1991; 144: 540-541.
26. Davidson DA. Chlorpropamide or chlorpromazine. *Can Med Assoc J* 1991; 144: 647.
27. Buchanan WA. Quinine or quinidine? *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1.285.
28. Mayer GA. Chlorpropamide or chlorpromazine? *Can Med Assoc J* 1991; 144: 119.
29. Huseby JS, Anderson P. Confusion about drug names. *N Engl J Med* 1991; 325: 588.
30. Hoffmann JP. More on "Losec or Lasix?" *N Engl J Med* 1990; 323: 1.428.
31. Fine SN, Eisdorfer RM, Miskovitz PF, Jacobson IM. Losec or Lasix? *N Engl J Med* 1990; 322: 1.674.
32. Lewis BP. Potential confusion resulting from trade-name similarities. *Am J Hosp Pharm*, 1982; 39: 1.148.
33. Scanelli G. Pericolosi errori per somiglianza di nomi tra farmaci diversi. *Recenti Prog Med* 1993; 84: 231.
34. Blackstone M. Potential confusion resulting from trade-name similarities. *Am J Hosp Pharm*, 1982; 39: 1.148.
35. Madurga M, De Abajo FJ, Mateo J. Actol o Acfol: denominaciones confusas de medicamentos. *Med Clín (Barc)* 1993; 100: 156-157.
36. Faber J, Azzugnuni M, Di Romana S, Vanhaeverbeek M. Fatal confusion between "Losec" and "Lasix". *Lancet* 1991; 337: 1.286-1.287.
37. Cohen MR, Davis NM. Trademark similarities can cause problems. *Am Pharm* 1993; 33 (1): 16-17.
38. Hoy RH. Possible confusion of Paxil and palitaxel. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50: 1.137.
39. Kurth MC, Langston JW, Tetrad JW. "Stelazine" versus "selegiline". A hazard in prescription writing. *N Engl J Med* 1990; 323: 1.776.
40. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. La nomenclatura de las sustancias farmacéuticas y su situación actual. En: *Diccionario de principios activos de las especialidades farmacéuticas españolas* (2.ª edición). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990: 13-49.
41. François-Dainville E, Benoist JM, Giroud JP. -Olol, -cilline ou comment situer un bêta-bloquant ou une pénicilline? *Rev Prat* 1990; 4 (86): 11-14.
42. Grahame-Smith DG, Aronson JK. Proprietary names versus approved names. En: *Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy* (2.ª edición). Oxford: Oxford University Press, 1992; 210-212.
43. Spilker B. Naming a drug. En: *Multinational drug companies. Issues in drug discovery and development*. Nueva York: Raven Press, 1989; 437-439.
44. Aronson SM. The naming of drugs. *R I Med* 1993; 76: 378-379.
45. Wehrli A. Use of generic names: one name only. *Int J Pharmacol Ther Toxicol* 1990; 28: 315-316.
46. Organización Mundial de la Salud. The use of essential drugs. Report of the WHO Expert Committee (TRS 722). Ginebra: OMS, 1985.
47. Wehrli A. Pharmaceuticals: trademarks versus generic names. *Trademark World* 1986; diciembre: 31-35.
48. Arellano F, Sacristán JA. Metamizole: reassessment of its therapeutic role. *Eur J Clin Pharmacol* 1990; 38: 617-619.
49. Cortés E, Díaz J, Verghese A. Antibiotics: too many names. *N Engl J Med* 1993; 328: 1.047.
50. Vega E, Duró JC. Antibióticos y sopa de letras. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 574.

51. Davis NM. Abbreviating drug names is a growing practice that should be stopped. *Hosp Pharm* 1987; 22: 676.
52. Cohen MR, Davis NM. AZT is a dangerous abbreviation. *Am Pharm* 1993; 33 (10): 32.
53. Anónimo. Names of drugs. *Br Med J* 1977; 2: 980.
54. *Vademecum Internacional* (34.^a edición). Madrid: Medicom, 1993.
55. Reynolds JEF, dir. *edicione. The Extra Pharmacopoeia* (30.^a edición). Londres: Pharmaceutical Press, 1993.
56. Merikangas JR. Changing over-the-counter drugs while retaining the brand name. *Ann Intern Med* 1993; 118: 988.
57. Weintraub M. Changing over-the-counter drugs while retaining the brand name. *Ann Intern Med* 1993; 118: 988.
58. Dickstein HL. Changing over-the-counter drugs while retaining the brand name. *Ann Intern Med* 1993; 118: 988.
59. Rupp MT. Drug names: when marketing and safety collide. *Am Pharm* 1993; 33: 39-42.
60. Polo JM, Oterino A, Setién S, Berciano J. Epilepsia en España: comentarios acerca de un factor de descompensación insólito. *Med Clín (Barc)* 1991; 97: 596-597.
61. Ekue JMK. Naming of drugs. *Br Med J* 1978; 2: 1.790.
62. Collier J. The cases for and against prescribing generic drugs: generic prescribing benefits patients. *Br Med J* 1988; 297: 1.596-1.598.
63. Batty KT, Littlewood AM. Evaluation of generic-brand name knowledge. *Ann Pharmacother* 1991; 25: 1.138.
64. De Haen P. Names of drugs. *Br Med J* 1977; 2: 1.221.
65. Cruickshank JM. The cases for and against prescribing generic drugs: don't take innovative research based pharmaceutical companies for granted. *Br Med J* 1988; 297: 1.597-1.598.
66. Friedman BS. Generics vs. name drugs. *Int J Dermatol* 1978; 17: 844.
67. Huskisson EC. Trade names or proper names? A problem for the prescriber. *Br Med J* 1973; 4: 225-228.
68. Mathews E. Names of drugs. *Br Med J* 1977; 2: 1.024.
69. Andrako J. Nonproprietary nomenclature for combination products. *JAMA* 1978; 239: 2.479.
70. Fleeger CA, dir. *USAN and the USP dictionary of drugs names* (31.^a edición). Rockville: USP, 1993.
71. Wehrli A. La selección y protección de las denominaciones comunes internacionales para las sustancias farmacéuticas. *Crón OMS* 1981; 35: 188-192.
72. Wehrli A. Generic names for drugs. The WHO process for assigning INNs. *Drug News Perspect* 1988; 1: 105-108.
73. Organización Mundial de la Salud. *Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 8*. Ginebra: OMS, 1992.
74. Organización Mundial de la Salud. *Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 7*. Ginebra: OMS, 1988.
75. Organización Mundial de la Salud. *Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 6*. Ginebra: OMS, 1982.
76. Daniel GR. Naming of drugs. *Br Med J* 1978; 2: 1.643.
77. Organización Mundial de la Salud. *Denominaciones comunes para las sustancias farmacéuticas. 20.º informe del Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 581*. Ginebra: OMS, 1976.
78. Organización Mundial de la Salud. *Examples of international nonproprietary names in connexion with the use of common stems. (Documento Pharm S/Nom 15)*. *Rev.* 26, 1991.