
La nomenclatura de los fármacos (y III). Propuesta de normalización ortográfica de las denominaciones comunes internacionales y adaptación del inglés al castellano*

Fernando A. Navarro

A través de los dos primeros artículos de esta serie, hemos llegado al convencimiento de que, por motivos de precisión y uniformidad, es absolutamente necesario unificar la nomenclatura de los fármacos mediante la selección de denominaciones comunes internacionales (DCI) que respeten las características fonéticas y ortográficas de nuestro idioma. Resulta obligado, pues, proceder a una normalización ortográfica definitiva de las DCI.

Por otro lado, las DCI de la Organización Mundial de la Salud (OMS) únicamente podrán imponerse en la práctica si el usuario es capaz de formarlas por sí mismo en el momento en que se encuentra por vez primera ante una nueva *international nonproprietary name* (INN) en inglés. Aunque el listado de la OMS sigue registrando en primer lugar la denominación común internacional en latín, resulta obvio que el médico hispanohablante suele tener su primer contacto con un nuevo fármaco a través de las publicaciones en lengua inglesa. Suponiendo que tenga acceso a los listados recapitulativos que publica la OMS (lo cual no siempre es el caso en muchos centros de salud y hospitales), habrán de pasar varios años antes de conocer cuál puede ser la DCI recomendada por la OMS en castellano.

En este último artículo de la serie pretendo no sólo adaptar las DCI existentes a las normas ortográficas de nuestro idioma, sino también ofrecer un instrumento a todo el que se enfrente por vez primera a una INN en inglés y desee conocer su equivalente en castellano (sin tener que esperar a la publicación del siguiente listado de la OMS). Mis propuestas,

claro está, en absoluto pretenden ser exclusivas o dogmáticas. Su objetivo principal es que, sometidas desde ahora mismo a discusión y crítica por parte de todos los interesados en el tema, puedan ser de utilidad para una próxima reforma definitiva de las DCI, que habrá de llevar a cabo la OMS o el futuro comité español de nomenclatura.

Como hemos visto en el artículo anterior, la OMS ha publicado (primera versión¹ en 1988; segunda versión², corregida y ampliada, en 1992) una propuesta oficial de adaptación de las INN al castellano, que adolece de dos graves defectos intrínsecos: no da solución a muchos de los problemas que plantea la adaptación a partir del inglés y perpetúa gran número de dislates fonéticos y ortográficos, impropios de nuestro idioma. En un intento de realizar una nueva propuesta de adaptación al castellano que supliera estos dos defectos, he revisado una a una todas las DCI contenidas en los dos listados recapitulativos que la OMS ha publicado desde que aplica sus propios criterios de adaptación^{3,4}: más de 5.500 denominaciones en el listado de 1988 y más de 6.000 en el correspondiente a 1992.

La propuesta que expondré a continuación, probablemente debido a su intención de exhaustividad, puede parecer compleja en algunos momentos; téngase en cuenta—entre otras cosas— que las INN presentan casi cincuenta terminaciones diferentes y cada una de ellas exige un tratamiento individualizado. Por este motivo, he creído conveniente ofrecer unas notas aclaratorias, cuya lectura recomiendo a cuantos pretendan adentrarse en el análisis detallado de las propuestas.

En primer lugar, la tabla I, que puede utilizarse a modo de índice, recoge de forma es-

*Publicado en *Medicina Clínica* 1995; 105: 420-427.

TABLA I
ESQUEMA DE LAS PROPUESTAS
DE NORMALIZACIÓN ORTOGRÁFICA
DE LAS DCI Y REGLAS
DE ADAPTACIÓN SISTEMÁTICA A PARTIR
DEL INGLÉS

1.	Normas generales
1.1	Mayúsculas
1.2	Género
1.3	Acentuación
2.	Vocales
2.1	Y
2.2	Vocales dobles
3.	Consonantes
3.1	Consonantes dobles
3.2	Grupos consonánticos impronunciables
3.3	FT
3.4	H precedida de otra consonante (<i>ch, ph</i> y otros grupos)
3.5	K
3.6	M, N
3.7	Q
3.8	R
3.9	S inicial seguida de consonante
3.10	Z
4.	Terminaciones
4.1	Terminaciones en <i>-a</i>
4.2	Terminaciones en <i>-e</i> (<i>-ame, -ane, -ase, -ate, -ene, -ide, -ile, -ime, -ine, -ite, -ole, -ome, -one, -ose, -ove, -ure, -yde, -yne, -yte</i>)
4.3	Terminaciones en <i>-b</i>
4.4	Terminaciones en <i>-c</i> (<i>-ac, -ic</i>)
4.5	Terminaciones en <i>-d</i>
4.6	Terminaciones en <i>-l</i> (<i>-al, -el, -il, -ol, -ul, -yl</i>)
4.7	Terminaciones en <i>-m</i> (<i>-am, -em, -im, -om, -um</i>)
4.8	Terminaciones en <i>-n</i> (<i>-an, -en, -in, -on</i>)
4.9	Terminaciones en <i>-p</i>
4.10	Terminaciones en <i>-r</i> (<i>-ar, -er, -ir, -or, -ur</i>)
4.11	Terminaciones en <i>-s</i>
4.12	Terminaciones en <i>-t</i>
4.13	Terminaciones en <i>-x</i> (<i>-ex, -ix, -ox</i>)
4.14	Terminaciones en <i>-z</i>

quemática los diversos aspectos que se abordan en la propuesta de normalización. A grandes rasgos, el presente artículo se divide en cuatro apartados de diferente extensión. En el primero, muy breve, comento el uso de mayúsculas y minúsculas en las DCI, así como dos aspectos generales, que, inexistentes en inglés, constituyen fuente continua de pro-

blemas en nuestro idioma: el género y la acentuación de las DCI. Los apartados segundo y tercero están dedicados, respectivamente, a detallar las normas de adaptación de las vocales y consonantes inglesas al castellano. El último y más extenso apartado aborda el complejo problema de cómo adaptar las terminaciones de las INN al castellano, un aspecto fundamental de la nomenclatura farmacológica. Es importante que el lector tenga presente a lo largo de todo el artículo que la entrada a cada una de las subdivisiones de estos apartados se realiza siempre a partir de la ortografía inglesa.

Con el fin de aumentar la claridad de la exposición y ofrecer la máxima cantidad de información posible en un espacio reducido, cada una de las propuestas sigue un orden preestablecido. Tras la entrada, según la ortografía inglesa, aparece mi *propuesta* de adaptación al castellano, seguida de algunos *ejemplos* prácticos tomados del listado de denominaciones de la OMS; a continuación, las *excepciones* a la norma general, si las hay. Por último, y con el fin de valorar la novedad de cada una de las propuestas, hago un breve comentario sobre la *situación actual*, con referencia al listado oficial de la OMS⁴ y a las dos propuestas previas de normalización: la propuesta de Dal-Re et al⁵ y las “Reglas de normalización de la versión española de las DCI” de la OMS² (que en adelante citaré simplemente como “Reglas”).

En los abundantes ejemplos que ilustran este artículo, he utilizado tres tipos de nombres o denominaciones: *international nonproprietary names* (INN), denominaciones comunes internacionales (DCI) y mis propuestas personales. Dado que, además, las dos últimas no siempre coinciden, he creído oportuno diferenciar cada una de las denominaciones utilizadas mediante recursos tipográficos. Así, las INN aparecen siempre en letra cursiva (p. ej.: *phenothiazine*) y las DCI en letra normal o redondilla, entrecorridas si no coinciden con la forma propuesta según mis criterios de normalización ortográfica (p. ej.: “fenotiazina”). Por último, los nombres farmacológicos que propongo personalmente y no coinciden con las DCI van escritos en letra redondilla y marcados con un asterisco (p. ej.: fenotiazina*).

Por supuesto, a la hora de comentar mis discrepancias con las decisiones de la OMS⁴, no he tenido en consideración los errores del listado que, aunque graves, pueden ser atribuidos a erratas de imprenta: *carbazocho-*

mel"carbocromo", *dequalinium*"decalinio", *epitizidol*"eptizida", *fuzlocillin*"fuslocilina", *iodopatel*"iodopato", *mimbanel*"mimbrano", *sulfogaiacol*"sulfoguaiacol", *tropenzilinel*"tropenzolina".

1. Normas generales

1.1 Mayúsculas. Las DCI, como todos los sustantivos comunes, se escribirán con minúsculas, para distinguirlas de los nombres o marcas comerciales que, como sustantivos propios que son, se escriben con mayúscula inicial. Ejemplos: amorolfina, Locetar[®].

Situación actual. Ni Dal-Re et al⁵ ni las "Reglas"² consideran este aspecto. La OMS sólo utiliza mayúsculas en su listado. En las publicaciones médicas en castellano, así como en los textos médicos informales (historias clínicas, recetas, informes de alta, consultas entre facultativos, etc.), es muy frecuente ver los nombres comunes incorrectamente escritos con mayúscula inicial.

1.2 Género. Adoptarán el género femenino todas las DCI terminadas en *-a* y el masculino todas las terminadas en *-o* o en consonante. Ejemplos: la digoxina, la levodopa, el ácido clavulánico, el aciclovir, el imipenem.

Situación actual. Ni Dal-Re et al⁵ ni las "Reglas"² consideran este aspecto, que en la práctica no suele dar problemas.

1.3 Acentuación. Las DCI se acentuarán según las normas ortográficas del castellano⁶. Por lo general, todas las DCI terminadas en vocal son palabras llanas y no llevan tilde (a menos que haya que deshacer un diptongo); las DCI terminadas en consonante son agudas y solamente se acentúan si terminan en *n* o *s*. Ejemplos: teofilina, fenitoína, sodio, interferón, triclófos, glicerol, imipenem, aciclovir.

Excepciones. Son esdrújulas y, por tanto, se acentúan siempre las siguientes DCI: albúmina, triptófano, ácido, todas las DCI terminadas en *-óxido*, *-ósido*, *-era*, *-geno* y la mayor parte de las terminadas en *-ico* (ácidos). Ejemplos: diazóxido, lanatósido, dextranómero, fibrinógeno, ácido fólico.

Situación actual. Ni Dal-Re et al⁵ ni las "Reglas"² consideran este aspecto. La OMS no acentúa ninguna de las DCI recogidas en su listado, quizá porque utiliza exclusivamente mayúsculas. En medicina no suele haber problemas en el lenguaje hablado, pero sí en el lenguaje escrito; en un artículo reciente⁶ he recogido múltiples ejemplos sobre los problemas de acentuación en farmacología.

2. Vocales

Por lo general, las vocales inglesas no se modificarán en su adaptación al castellano, a no ser que formen parte de la terminación de la INN. Únicamente la vocal *y* y las vocales dobles pueden plantear algunas dificultades.

2.1 Y: En castellano, la letra *y* únicamente se utiliza como vocal al final de palabra, caso que no se da en ninguna de las denominaciones analizadas. Por tanto, la vocal inglesa *y* se transcribirá al castellano siempre como *i*. Ejemplos: *acyclovir*/aciclovir, *erythromycin*/eritromicina, *lymecycline*/limeciclina.

Excepción. Cuando la partícula *glyc* preceda a una vocal fuerte (*a*, *e*, *o*), se adaptará como *gluc*. Ejemplo: *glycobiarsol*/glucobiarsol*.

Situación actual. Las "Reglas"² recogen esta norma, pero no admiten ninguna excepción.

2.2 Vocales dobles:

Ou. El digrama de origen francés *ou*, bastante frecuente en las INN, pasará en castellano a *u*. Ejemplos: *dicoumarol*/dicumarol, *ouabain*/uabaina, *acenocoumarol*/acenocumarol, *coumafos*/cumafós, *coumetarol*/cumetarol, *phenprocoumon*/femprocumón* (o fenoprocumón*).

la, ie, io. La letra *i* seguida de vocal tónica se convertirá en *y* (consonante) en castellano siempre que este grupo vocálico esté situado al comienzo de la palabra o tras una vocal; pero se mantendrá invariada la *i* cuando el grupo vocálico siga a una consonante. Ejemplos: *guaiapatel*/guayapato, *iodamidol*/yodamida*, *amiodaronol*/amiodarona; también es frecuente esta sustitución fuera del ámbito de las DCI: *quillaial*/quilaya, *erythropoietin*/eritropoyetina.

Situación actual. Las "Reglas"² sólo recogen el caso del diptongo *ou*. En cuanto al digrama *io*, la propuesta de Dal-Re et al⁵ era utilizar indistintamente *io* o *yo* en castellano, con lo cual se hubieran duplicado estas DCI (en clara contradicción con el espíritu de las DCI). La OMS, que no contempla este grupo vocálico en sus "Reglas"², realiza en la práctica adaptaciones contradictorias a partir del inglés (*guaiactaminol*/guaiactamina, pero *guaietolinol*"guaietolina"; *iodothiouracil*"iodotiouracilo", pero *ioxabrolol acid*"ácido oxabrolol").

Observación. La OMS ya no utiliza los grupos vocálicos de origen latino *ae* y *oe* para la formación de las INN. No obstante, ambos digramas (que en castellano se transforman en *e*) pueden hallarse todavía con relativa frecuencia en el lenguaje médico y en otras denominaciones oficiales no dependientes de la

OMS: *haemoglobin*/hemoglobina, *laevulinat*e/levulinato, *oestrogen*/estrógeno, *stilboestrol*/estilbestrol.

3. Consonantes

3.1 Consonantes dobles. Las consonantes dobles del inglés se convertirán siempre en consonantes sencillas en castellano. Existen bastantes ejemplos con los grupos *cc* (*siccantin*/sicanina), *cch* (*saccharate*/sacarato), *ff* (*stefimycin*/estefimicina), *ll* (*penicillin*/penicilina, *allopurinol*/alopurinol, *gallamine*/galamina), *nn* (*cinnarizine*/cinaricina*, *mannitol*/manitol) y *ss* (*argipressin*/argipresina, *potassium*/potasio). También es frecuente esta modificación fuera de las DCI (*saccharin*/sacarina, *caffeine*/cafeína, *paraffin*/parafina), incluso para otras consonantes dobles como *gg* (*phytohaemagglutinin*/fitohemaglutinina) o *mm* (*ammonium*/amonio, *ichthammol*/ictamol).

Excepciones. Se mantendrán en castellano la *r* doble en todos los casos (*cideferron*/cideferrón) y la *c* doble ante vocal débil (*succinylsulfathiazole*/succinilsulfatiazol).

Situación actual. La obligación de convertir la *ll* en *l* es una de las pocas propuestas de Dal-Re et al⁵ que recogieron las "Reglas"², aunque en la práctica la OMS infringe su propia normativa y mantiene la consonante doble en ocasiones, como sucede con *datelliptium*/*datelliptio* o *retelliptine*/*retelliptina* (este último caso es más grave aún, por cuanto el listado oficial de 1988 incluía la adaptación correcta, *reteliptina*³). En cuanto a las demás consonantes dobles, la OMS carece de normativa y sigue criterios contradictorios: unas veces conserva las consonantes dobles como en inglés (*cannabinol*/*cannabinol*) y otras las simplifica (*mannitol*/manitol).

3.2 Grupos consonánticos impronunciables. Cuando una INN contenga un grupo de tres o más consonantes impronunciable en castellano^a, se intercalará en castellano la vocal *o*. Ejemplos: *benzquinamide*/benzoquinamida, *clobenzotropine*/clobenzotropina, *fenspiride*/fenospirida*, *oxprenolol*/oxoprenolol*. Idéntico criterio se seguirá a la hora de adaptar a nuestro idioma los grupos biconsonánticos de difícil pronunciación: *methdilazine*/metodilacina*, *cefbuperazone*/cefobuperazona*, *oxpheneridine*/oxofeneridina.

Esta norma podría hacerse extensiva a los grupos de sólo dos consonantes en las DCI que llevan un prefijo terminado en *m* (p. ej.: brom-) seguido de una consonante que no sea *p* o *b*; o bien un prefijo terminado en *n* (p. ej.: fen-) seguido de *p* o *b*. Evitaríamos de esta forma tener que modificar la grafía del prefijo (véase el apartado sobre las consonantes *m* y *n*), lo cual no parece ser del agrado de la OMS. Ejemplos: *bromvaletone*/bromovaletona*, *brompheniramine*/bromofeniramina*, *metabromsalan*/metabromosalano*, *phenprocoumon*/fenoprocumón*, *phenprobamate*/fenoprobamato*, *fenbufen*/fenobufeno*.

Situación actual. Dal-Re et al⁵ apuntaron ya el problema de las denominaciones impronunciables, pero no presentaron una solución bien definida. Las "Reglas"² no admiten esta norma, pero la OMS aplica en su listado⁴ este criterio de forma totalmente arbitraria: *benzbromarone*/*benzbromarona**, *benzquercinil*/*benzquercina** y *benzpiperylone*/*benzpiperylona* (pero *benzquinamide*/benzoquinamida, *benzpyrinium*/benzopirinio y *benzthiazide*/*benzotiazida*). Incongruencias similares se aprecian en relación con los grupos biconsonánticos: *metbufen*/*metbufén* (pero *methdilazine*/*metodilacina** y *metheptazine*/*metoheptazina**), *oxmetidine*/*oxmetidina* (pero *oxpheneridine*/oxofeneridina).

3.3 Ft. Este grupo consonántico es impronunciable para los hispanohablantes cuando está situado a comienzo de palabra o sigue a una consonante. Cuando éste sea el caso, la adaptación al castellano exigirá la pérdida de la primera consonante, menos pronunciada, en un proceso bien conocido en nuestro idioma, incluso en el lenguaje médico (del latín *phthisis* se formó *tisis*). Ejemplos: *phthalylsulfamethizol*/talilsulfametizol*, *phenolphthalein*/fenoltaleína*, *ftivazide*/tivacida*, *ftalofyne*/talofina*.

Situación actual. La OMS no acepta esta norma.

3.4 H precedida de otra consonante:

Ch. El grupo consonántico inglés *ch* se adaptará al castellano como fonema /k/, que se representa gráficamente por *c* ante una consonante o una vocal fuerte, o por *qu* ante una vocal débil. Ejemplos: *chloroquine*/cloroquina, *cinchocaine*/cincocaína, *choline*/colina, *chymotripsine*/quimotripsina. Es frecuente también hallar este grupo consonántico fuera

^aEs preciso recordar que no todos los grupos multiconsonánticos son impronunciables en nuestro idioma; algunas DCI, como *sintraceno*, *desflurano*, *tarttrato* o *dembrexina*, se acomodan bien a nuestros órganos fonatorios.

de las DCI: *ichthammol*/ictamol, *mercurochrome*/mercurocromo, *strychnine*/estricnina, *fuchsine*/fucsina, *cholesterol*/colesterol, *chenopodium*/quenopodio, *malachite*/malaquita, *colchicine*/colquicina.

Situación actual. Las “Reglas”² solamente contemplan esta norma de adaptación al castellano para el grupo *chlo*. En la práctica, no obstante, las DCI recomendadas por la OMS suelen coincidir con mi propuesta (*chiniofon*/quiniofón, *metochalcone*/metocalcona), con alguna excepción aislada (*chaumosulfone*”chaumosulfone”). En ocasiones, la OMS sigue criterios dispares dentro de una misma DCI, como ocurre con *chenodeoxycholic acid*”ácido chenodeoxicólico” (la primera *ch* no se modifica, mientras que la segunda se convierte en *c*).

Ph. Se adaptará como *f*. Ejemplos: *phenacetin*/fenacetina, *phosphate*/fosfato, *phenytoin*/fenitoína. Ésta es una de las pocas reglas de adaptación al castellano para las que existe unanimidad absoluta. Aceptada por la OMS, no da problemas en la práctica.

H en otros grupos consonánticos. Cuando la letra *h* vaya precedida por una consonante que no sea *c* o *p*, desaparecerá en castellano. Ejemplos: *thiamine*/tiamina, *thrombin*/trombina, *thalidomide*/talidomida. Frecuente también fuera de las DCI: *lithium*/litio, *ipecacuanha*/ipecahuana.

Situación actual. La OMS contempla esta norma sólo para el grupo *th*.

3.5 K. La letra *k* no es de uso habitual en castellano, y constituye una de las principales fuentes de problemas en la adaptación de las INN al castellano. En mi opinión, su empleo no está justificado en ningún caso y deberá adaptarse al castellano como fonema /k/; es decir, mediante la letra *c* cuando antecede a una vocal fuerte o a una consonante, y mediante el digrama *qu* cuando antecede a una vocal débil. Ejemplos: *kanamycin*/canamicina*, *aklomid*/aclomida, *bakeprofen*/baqueprofeno, *benzalkonium*/benzalconio.

Excepciones. Por semejanza con muchas otras palabras de uso habitual en farmacología (bradicinina, interleucina, linfocina, farmacocinética, cetoacidosis, cetonemia, etc.), las partículas *kin* y *keto* se traducirán *cin* y *ceto*, respectivamente: *streptokinase*/estreptocinasa*, *ketoprofen*/cetoprofeno*, *ketoconazole*/cetocetazol*, *ketazolam*/cetazolam*.

Situación actual. La adaptación de esta consonante ha sido muy discutida en castellano⁷. La propuesta de Dal-Re et al⁵ era bastan-

te curiosa: conservar la *k* sólo en las denominaciones de origen japonés. En cuanto a las “Reglas”² de la OMS, adaptan la letra *k* según mi propuesta excepto cuando se sitúa a comienzo de palabra, en los grupos *-kacina*, *-kalim*, *-lukast*, *-kefamida* y *-leukina*, y en la DCI “*rokitamicina*” (ignoro el porqué de esta decisión). A mi modo de ver, la normativa propuesta por la OMS es excesivamente compleja, puede crear confusión y es fuente de errores; en el texto de farmacología de Velázquez⁸, por ejemplo, encontramos escrito con *k* (*middekamicina*) un antibiótico que en inglés se escribe sin ella: la *middecamicina* (INN: *middecamycin*). La razón aducida por la OMS para conservar la *k* inicial de las INN es la conveniencia de no alterar el orden alfabético de los listados. Aunque entiendo este razonamiento, lo considero insuficiente, por cuanto la OMS sí modifica el comienzo de la INN en otras DCI (p. ej.: *streptomycin*/estreptomycina) y además discrimina al castellano con respecto a otros idiomas (p. ej.: la INN *ketobemidone* se traduce al castellano como “ketobemidona”, pero en latín es *cetobemidonum*, y en francés, *cétobémidone*). Curiosamente, en la INN *testosterone ketolaurate*, la OMS viola por partida doble sus propias normas al modificar la *k* a comienzo de palabra y además sustituirla por *c* (lo cual, según las “Reglas”² de la OMS, no se admite nunca ante una vocal débil): la DCI recomendada por la OMS es *cetolaurato* de testosterona, que coincide con la que yo propongo.

3.6 M, N. Como es propio del castellano, se escribirá siempre *m* ante *p* y *b*; y *n* ante el resto de las consonantes. Ejemplos: *fenbufen*/fembufeno* (o fenobufeno*; véase el apartado sobre “grupos consonánticos impronunciables”), *benperidol*/bemperidol*, *clenbuterol*/clembuterol*, *amphetamine*/anfetamina, *amphotericin*/anfotericina*, *chloramphenicol*/cloranfenicol*, *triamcinolone*/triancinolona*, *bromvaletone*/bronvaletona* (o bromovaletona*), *triamterene*/triantereno*. Esta propuesta, que inicialmente puede parecer extraña, no lo es tanto si pensamos en otros muchos términos médicos en los que se ha realizado una sustitución similar: *amphiarthrosis*/anfiartrosis, *emphysema*/enfisema, *immunology*/inmunología, *lymphoma*/linfoma, *omphalitis*/onfalitis.

Situación actual. Una de las propuestas de Dal-Re et al⁵, en la que se sugería escribir siempre *n* antes de *f*, fue aceptada sólo en parte por la OMS en sus “Reglas”². De acuerdo con éstas, sólo debe modificarse la grafía

inglesa en el caso de las anfetaminas, el canfor* (que la OMS acentúa “cánfor”) y el cloranfenicol, con sus respectivos derivados. Nos hallamos nuevamente ante una norma excesivamente compleja y, además, inútil. En la práctica, el comportamiento de la OMS es anárquico, pues con frecuencia modifica la grafía (*amcinafidal*/ancinafida pero *amcinonidel*”amcinonida”, *amquinat*/anquinato, *simfibrat*/sinfibrato, *simtrazene*/sintraceno, *symclosene*/sincloseno, *amfonelic acid*/ácido anfónico, *camsilat*/cansilato) y en otras ocasiones calca la grafía inglesa en contra de sus propias recomendaciones (*camphotamid*”camfotamida”, *diamfenetid*”diamfenetida”, *thiamphenicol*”tiamfenicol”). El caso más sangrante es el del cloranfenicol, ya que, a pesar de que las “Reglas”² lo mencionan expresamente como una de las DCI que deben escribirse con *n*, el listado de la OMS⁴ lo recoge todavía con grafía angloide (*chloramfenicol*”cloramfenicol”). Muy llamativo es también el caso de la triancinolona, que en la página 526 del listado aparece indistintamente con dos grafías: “triamcinolona” y triancinolona.

3.7 Q. Se mantendrá en los grupos *que* y *qui*, pero se transformará en *c* en los grupos ingleses *qua* y *quo*. Ejemplos: *diproqualone*/diproqualona, *praziquantel*/pracicuantel*, *quazocine*/cuadazocina*.

Situación actual. Esta norma, propuesta ya por Dal-Re et al⁵, no fue aceptada por la OMS cuando la *q* se sitúa a comienzo de palabra (*quazepam*”quazepam”). En mi opinión, resulta inadmisibles sacrificar una de las reglas ortográficas básicas del castellano sólo para mantener el orden alfabético en inglés.

3.8 R. Cuando a una DCI que comienza por *r* se le anteponga un prefijo terminado en vocal, la *r* deberá doblarse en castellano, por motivos fonéticos. Ejemplos: *pararosniline*/pararosnilina*, *prorenoat*/prorenoato*, *doxorubicin*/doxorubicina*.

Situación actual. La OMS había seguido esta norma de forma casi general en los listados anteriores a 1988; desde entonces, a raíz de la publicación de las “Reglas”², la OMS no modifica la grafía inglesa en estos casos.

3.9 S inicial seguida de consonante. Todas las palabras que en inglés lleven una *s* inicial seguida de consonante se transcribirán al castellano anteponiendo una *e*. Ejemplos: *sfericase*/esfericasa, *spironolactone*/espironolactona, *streptomycin*/estreptomicina. Aunque hasta ahora no existe ninguna INN que comience por el grupo consonántico *sc*, sí es posible en-

contrarlo en otras denominaciones comunes (por ejemplo: *scopolamine*/escopolamina).

Situación actual. Las “Reglas”² recogen expresamente esta norma de adaptación para los grupos *sf*, *sp* y *st*, aunque en la práctica se observan algunas irregularidades graves (*sparfosic acid*”ácido sparfósico”). Hallamos en este apartado una de las contradicciones más llamativas de la OMS: en las “Reglas”² se recoge la obligación de anteponer una *e* al grupo *sf* cuando éste va a comienzo de palabra, pero la única DCI a la que podría aplicarse esta norma se adapta incorrectamente al castellano: *sfericase*”sfericasa”. Por otro lado, la OMS amplía en ocasiones esta norma a las DCI que anteponen un prefijo a la *s* inicial (aunque este criterio no está recogido en las “Reglas” ni se aplica de forma constante): *dihydrostreptomycin*”dihidroestreptomicina”, *hydroxystilbamidine*”hidroxiestilbamidina”, *thymostimulin*”timoestimulina”. En mi opinión, en estos casos no está justificada la adición de la vocal *e* en la versión castellana (es más, se está planteando en castellano la supresión de la vocal *e* cuando esta situación se da de forma natural⁹). Las formas que propongo, más similares a las versiones de los demás idiomas, deberían ser: dihidroestreptomicina*, hidroxistilbamidina*, timoestimulina*.

3.10 Z. Es ésta una de las causas más frecuentes de discusión en relación con la ortografía de las INN. Mi propuesta es que la *z* se mantenga ante las vocales fuertes, pero se convierta en *c* si precede a una vocal débil. Ejemplos: *azathioprine*/azatioprina, *zomepirac/zomepiraco*, *zinc/cinc*, *benzylpenicillin*/bencilpenicilina, *phenothiazine*/fenotiacina*, *zidovudine*/ciclovudina*, *diazepam*/diacepam*, *carbamazepine*/carbamacepina*. Esta distribución del uso de *c* y *z*, propia del castellano moderno, es una de las normas ortográficas más antiguas de nuestro idioma¹⁰, pues data de la reforma ortográfica formulada por la Real Academia Española en el prólogo al Diccionario de Autoridades de 1726.

Situación actual. Dal-Re et al⁵ realizaron una tímida propuesta, por la cual la *z* se modificaría según lo antedicho, excepto cuando designara un grupo nitrogenado. La utilidad de una propuesta de este tipo es muy limitada, ya que presupone ciertos conocimientos de química para poder adaptar una INN al castellano. Las “Reglas”² sólo han aceptado la sustitución de *z* por *c* para las partículas *bence* y *benci*. En la práctica, no obstante, la OMS infringe sus propias recomendaciones con frecuencia: *benactyzine*/be-

nacticina, *carbenzide*/carbencida, *carzenide*/carcenida, *clomitzene*/clomitaceno, *methylbenactyrium*/metilbenacticio, *picobenzide*/picobencida, *prazitone*/pracitona, *simtrazene*/sintraceno, *thonzylamine*/toncilamina. En la edición de 1992, y éste es un dato verdaderamente curioso, las “Reglas”² han añadido la obligación de dejar invariable la terminación *-zinc*; sin embargo, en el listado de la OMS⁴ se encuentra todavía la DCI *zinc/cinc*.

4. Terminaciones

La importancia de unificar y normalizar la ortografía castellana de las terminaciones de las DCI se basa en dos aspectos:

– Como hemos visto en el apartado dedicado a las normas generales de escritura, el género y la acentuación de las DCI en castellano dependen de su terminación.

– La mayor parte de las partículas utilizadas por la OMS en la formación de las DCI son sufijos (véase el primer artículo de esta serie), que adscriben un fármaco a un grupo terapéutico o farmacológico determinado.

Pasaré revista seguidamente a los problemas de adaptación de las diversas terminaciones que podemos encontrar en las INN. Como hasta ahora, la entrada a cada una de las terminaciones se hace a partir de la terminación inglesa (es decir, para ver la norma que ha de seguirse en la adaptación de la DCI penicilina, no hay que dirigirse a las terminaciones en *-a*, sino a las terminaciones en *-n*, de *penicillin*). Después de cada entrada se indica entre paréntesis el número de INN que incorporan esta terminación y, para las terminaciones más frecuentes, el porcentaje sobre el número total de INN (más de seis mil).

En la tabla II se presentan de forma resumida las principales propuestas de adaptación de las terminaciones comentadas en el texto.

4.1 Terminaciones en *-a* (23). Esta terminación, infrecuente en inglés, no plantea problemas de adaptación, ya que corresponde a la terminación más utilizada en nuestro idioma para los fármacos; no se modificará, pues, al pasar del inglés al castellano. Ejemplos: *carbidopa*/carbiodopa, *mesna*/mesna, *dicloralurea*/dicloralurea, *thiotepa*/tiotepa.

Situación actual. Aunque ni Dal-Re et al⁵ ni las “Reglas”² de la OMS recogen esta regla, se aplica siempre en la práctica.

4.2 Terminaciones en *-e* (3.418; 56 %). Más de la mitad de todas las INN revisadas terminan en *-e*; por ello, es importante saber

que ninguna DCI adopta esta terminación en castellano, idioma en el que la *-e* debe sustituirse siempre por una *-a* o una *-o* (con excepción de la terminación *-ole*, que pasa a *-ol*).

-ame (sólo 5): *-amo*. Ejemplos: *aspartame*/aspartamo. Esta norma, propuesta ya por Dal-Re et al⁵, está recogida en las “Reglas”² de la OMS.

-ane (55): *-ano*. Ejemplos: *ethane*/etano, *halothane*/halotano. Esta propuesta está ya incluida en las “Reglas”² de la OMS.

-ase (23): *-asa* (terminación característica de las enzimas). Ejemplos: *amylase*/amilasa, *streptokinase*/estreptocinasa*. En 1992, las “Reglas”² de la OMS han incorporado esta norma, que estaba ausente en su primera edición¹. No obstante, en el listado oficial⁴ he observado todavía una adaptación anómala: *ocrase*/"ocraso".

-ate (313; 5 %): *-ato*. Ejemplos: *methotrexate*/metotrexato, *sucralfate*/sucralfato, *clofibrate*/clofibrato, *almagato*/almagato. Esta propuesta está ya incluida en las “Reglas”² de la OMS.

-ene (96; 2 %): *-eno*. Ejemplos: *dantrolene*/dantroleno, *triamterene*/triantereno, *clomiphene*/clomifeno. Esta norma, propuesta ya por Dal-Re et al⁵, está recogida en las “Reglas”² de la OMS.

-ide (606; 10 %). En relación con este importante grupo de DCI, habremos de distinguir dos subgrupos:

a) Las INN terminadas en *-oside* y *-oxide* adoptarán en castellano la terminación *-ido*, serán palabras masculinas esdrújulas y siempre se escribirán con tilde. Ejemplos: *lanatoside*/lanatósido, *ganglioside*/gangliósido, *diazoxide*/diazóxido.

b) El resto de las INN terminadas en *-ide* adoptarán en castellano la terminación *-ida*, serán palabras femeninas llanas y no se acentuarán. Ejemplos: *ethosuximide*/etosuximida, *amilorida*/amilorida, *bumetanide*/bumetanida, *sitogluside*/sitoglusida*, *isosorbide*/isosorbida, *sulpiride*/sulpirida, *progabide*/progabida.

Excepciones: *iodide*/yoduro*, *bromide*/bromuro, *nitroprusside*/nitroprusiato.

Situación actual. Las “Reglas”² de la OMS recogen estas propuestas y hacen también, aunque no esdrújulas, las INN terminadas en *-gluside*. A veces, la OMS no sigue sus propias normas: *disogluside*/disoglusida.

-ile (sólo 7): *-ilo*. Ejemplos: *acetoneitrile*/acetoneitrilo, *lergotril*/lergotriilo. Esta propuesta está ya incluida en las “Reglas”² de la OMS.

-ime (31): *-ima*. Ejemplos: *cefotaxime*/cefotaxima, *cefuroxime*/cefuroxima. Esta propuesta está ya incluida en las “Reglas”² de la OMS.

TABLA II
 ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DE LAS TERMINACIONES MÁS FRECUENTEMENTE
 OBSERVADAS EN LAS *INTERNATIONAL NONPROPRIETARY NAMES*

Inglés	Castellano	Excepciones
-a	-a	
-ane	-ano	
-ase	-asa	
-ate	-ato	
-ene	-eno	
-ide	-ida	-ósido, -óxido, cloruro, yoduro, bromuro, nitroprusiato
-ime	-ima	
-ine	-ina	
-ole	-ol	<i>chlorine</i> /cloro, <i>iodine</i> /yodo
-one	-ona	
-ose	-osa	
-b	-bo	
-c	-co	cinc
-d	-da	<i>gold</i> /oro, <i>acid</i> /ácido
-l	-l	
-m	-m	-um → -o
-an	-ano	
-en	-eno	
-in	-ina	platino (y sus derivados)
-on	-ón	
-r	-r	-er → -ero
-s	-s	
-t	-to	
-x	-x	

Véase el texto para una información más detallada, así como para la adaptación de otras terminaciones poco frecuentes (-*ame*, -*ile*, -*ite*, -*ode*, -*ome*, -*ove*, *ure*, -*yde*, -*yne*, -*yte*, -*f*, -*p*, -*z*).

-ine (1.447; 24 %): -*ina*. Ésta es la terminación más frecuente en inglés, ya que constituye por sí sola casi una cuarta parte de todas las INN revisadas. Ejemplos: *carbamazepine*/carbamacepina*, *atropine*/atropina, *theophylline*/teofilina, *nifedipine*/nifedipina*.

Excepciones: *chlorine*/cloro, *iodine*/yodo.

Situación actual. Esta norma, basada en el hecho comprobado de que los médicos hispanohablantes tendemos a terminar en -*ina* toda palabra inglesa que acaba en -*ine*, ya fue propuesta por Dal-Re et al⁵. Sin embargo, las "Reglas"² de la OMS obligan a convertir -ignoro por qué extraño motivo- la terminación -*dipine* en -*dipino*. Se establece de este modo una diferencia para las DCI en castellano que no existe en las versiones latina (-*inum*), inglesa (-*ine*), francesa (-*ine*) ni rusa (-*àH*).

-ite (sólo 4): -*ita*. Ejemplos: *antafenite*/antafenita, *antazonite*/antazonita, *antienite*/antienita, *hydrotalcite*/hidrotalcita. Esta norma, pro-

puesta ya por Dal-Re et al⁵, está recogida en las "Reglas"² de la OMS.

-ode (sólo 1). La OMS ha otorgado en castellano la terminación -*odo* a la única INN con esta terminación: *bufeniodol*"bufeniado". Es conveniente que nos planteemos ahora, antes de que aparezcan nuevas INN similares, la posibilidad de adaptar esta terminación a -*oda*.

-ole (233; 4 %): -*ol*. Ejemplos: *imidazole*/imidazol, *dipyridamole*/dipiridamol. Esta propuesta está ya incluida en las "Reglas"² de la OMS.

-ome (sólo 7): -*omo*. Ejemplos: *cefprome*/*cefpromo**, *bucolome*/bucolomo, *carbazo*/*carbazo*rome/carbazocromo.

Situación actual. Dal-Re et al⁵ propusieron adaptar a -*oma* todas las terminaciones inglesas en -*ome*. Las "Reglas"², por el contrario, prescriben su conversión en -*omo*, con excepción de las denominaciones que empiezan por *cef*. Además de complicar innecesariamente la adaptación al castellano de este reducido

grupo de INN (sólo siete en total), en la práctica ni siquiera la OMS sigue su propia norma: *ciapilome/ciapiloma*.

-one (570; 9 %): *-ona*. Ejemplos: *amiodarone/amiodarona*, *ceftriaxone/ceftriaxona*, *prednisone/prednisona*. Esta norma, propuesta ya por Dal-Re et al⁵, está recogida en las "Reglas"² de la OMS.

-ose (12): *-osa*. Ejemplos: *lactulose/lactulosa*, *carmellose/carmelosa*. Aunque las "Reglas"² no recogen esta norma, la OMS la sigue siempre en la práctica.

-ove (sólo 4): *-ova*. Las "Reglas"² no contemplan la posibilidad de esta terminación, pero la OMS, al adaptar estas cuatro INN con la terminación *-ovo*, ha formado con ellas un pequeño grupo de DCI bastante cacofónicas: "somagrebovo", "somavubovo", "sometribovo" y "somidobovo".

-ure (sólo 1): *-ura*. Las "Reglas"² de la OMS no recogen esta posible terminación, pero la OMS ha coincidido con mi propuesta al adaptar la única INN que la presenta: *metallibure/metallibura*.

-yde, -yne, -yte (sólo una INN con cada terminación). De acuerdo con lo comentado en el apartado 2.1 sobre la vocal *y*, estas terminaciones se transcribirán al castellano igual que las terminaciones en *-ide*, *-ine* e *-ite*, respectivamente. Ejemplos: *clofenoxidel/clofenóxido*, *ftalofyneftalofina**, *moxisylytel/moxisilita*. Las "Reglas"² de la OMS no contemplan estas terminaciones; en la práctica, la DCI "ftalofino", que aparece en el listado de la OMS, no se ha adaptado como las demás INN terminadas en *-ine*.

4.3 Terminaciones en -b (12). Estas terminaciones se adaptarán al castellano mediante la adición de una *o*. Ejemplos: *chromocarb/cromocarbo*, *heptabarb/heptabarbo*, *zilas-corb/cilascorbo**.

Situación actual. Las "Reglas"² sólo recogen el caso de las tres INN terminadas en *-barb*, a las que proponen añadir una *o*. En cuanto a las demás, en el listado de la OMS se aprecia por lo general una coincidencia con la norma que propongo, aunque con algunas contradicciones (*muromonabl*"muromonab", *zilas-corb*"zilascorb").

4.4 Terminaciones en -c (184; 3 %). Estas terminaciones se adaptarán al castellano mediante la adición de una *o*. El cinc es la única excepción a esta norma (las "Reglas"² de la OMS han incluido ya esta excepción en la edición de 1992), que se justifica por tratarse de un término con más de dos siglos de antigüedad en nuestro idioma. Las INN terminadas en

-c pueden subclasificarse en dos subgrupos, con distinta fonética:

a) Las INN terminadas en *-ac* (37) forman DCI acabadas en *-aco*, llanas y que se escriben sin tilde. Ejemplos: *diclofenac/diclofenaco*, *sulindac/sulindaco*. Esta norma, propuesta ya por Dal-Re et al⁵, está recogida en las "Reglas"² de la OMS.

b) Las INN terminadas en *-ic* (146) forman DCI acabadas en *-ico* (terminación característica de los ácidos, esdrújulas y que se escriben con tilde (excepto en caso de diptongo, como sucede con aminocaproico o valproico). Ejemplos: *clavulanic/clavulánico*, *nalidixic/nalidíxico*. En 1992, las "Reglas"² de la OMS han incorporado esta norma, que estaba ausente en su primera edición¹.

4.5 Terminaciones en -d (28). Estas INN se adaptarán a nuestro idioma mediante la adición de una *a* final. Las únicas excepciones a esta norma son *goldoro* y *acid/ácido*. A pesar de tratarse de un grupo muy reducido, existen INN terminadas en *-ad* (2), *-ed* (2), *-id* (19) y *-od* (4). Ejemplos: *tirilazad/tirilazada**, *oxisopred/oxisopreda**, *isoniazid/isoniacida**, *ivari-mod/ivarimoda**.

Situación actual. Aunque en teoría las "Reglas"² obligan a no modificar esta terminación (¿"isoniazid"?), en la práctica la OMS sigue un comportamiento anárquico, que denota una desorientación absoluta. En cuanto a las terminaciones en *-id*, con mucho las más frecuentes, las decisiones de la OMS coinciden por lo general con mi recomendación de añadir una *a* (12 de las 19 INN), pero la OMS utiliza también otras tres terminaciones distintas, en un proceso que podríamos definir como de asignación aleatoria de las terminaciones: *salinazid*"salinazid", *suleparoid*"suleparoide", *etogluclid*"etogluclido", *lasalocid*"lasalocido", *propanidid*/propanidido, *suxemerid*"suxemerido". En cuanto al resto de las terminaciones en *-d*, la OMS no las modifica en seis ocasiones y añade una *o* en dos: *ancrod*"ancrodo" y *dinsed*"dinsedo".

4.6 Terminaciones en -f (sólo 5). Con el fin de evitar esta terminación completamente extraña al castellano, propongo añadir una *o* a estas palabras.

Situación actual. Las "Reglas"² no modifican esta terminación, pero en la práctica la postura de la OMS es inconstante, ya que sigue su propia normativa en tres casos (*latamoxef*"latamoxef", *loracarbef*"loracarbef" y *flomoxef*"flomoxef") y la incumple en dos (*alulsulf*/alulsulfo y *politeff*/politefo).

4.7 Terminaciones en -l (873; 14 %). La propuesta que defiende para este importante grupo de INN es mantener invariada esta terminación en castellano. Ejemplos: *-al* (73): *pentobarbital*/pentobarbital, *triflusal*/triflusal; *-el* (39): *norgestrel*/norgestrel, *praziquantel*/praziquantel; *-il* (187): *captopril*/captopril, *verapamil*/verapamil*; *-ol* (547): *atenolol*/atenolol, *paracetamol*/paracetamol; *-ul* (2): *lemidosul*/lemidosul; *-yl* (25): *bisacodyl*/bisacodil*, *fentanyl*/fentanil*.

Situación actual. Las “Reglas”² de la OMS no consideran las terminaciones en *-al* y *-ul*; coinciden con mi propuesta para las terminaciones en *-el* y *-ol*; y disienten en lo relativo a las INN terminadas en *-yl* (a las que añaden siempre una *o*) y buena parte de las terminadas en *-il* (a las que añaden una *o* a no ser que acaben en *-dil*, *-pril*, *-guanil* o *-azenil*). Esta tendencia a formar DCI acabadas en *-ilo* obedece probablemente a dos motivos: influencia de la propuesta de Dal-Re et al⁵ y similitud con el sufijo *-ilo* utilizado en química orgánica para los alquilos. No parece lógico hacer estas excepciones, ya que se otorgan dos terminaciones distintas en castellano a unas sustancias farmacéuticas que en latín (*-ilum*), inglés (*-il*), francés (*-il*) y ruso (*-à ā*) poseen una única terminación común. Además, las decisiones de la OMS muestran en la práctica múltiples contradicciones con las “Reglas”²; baste mencionar cuatro de ellas: *dimethyl*/dimetil, *polycarbofill*“ policarbofila”, *proguanil*/proguanil y *flumazenil*“flumazenilo”. Por último, no me resisto a reseñar un dato curioso: la OMS⁴ adapta *pivoxil* al castellano como “pivoxilo” en la página 422 y como pivoxil en la página 540 de su listado.

4.8 Terminaciones en -m (373; 6 %). Mi propuesta para adaptar esta terminación, una de las más discutidas en castellano, es mantenerla invariada, con excepción de la terminación en *-um*, que se transformará en *-o*, como es tradicional para la castellanización de palabras con esa terminación de origen latino (como simposio, foro, acuario, estadio, referendo o currículo). Ejemplos: *-am* (142): *diazepam*/diazepam*, *oxicam*/oxicam, *mecillinam*/mecillinam; *-em* (11): *imipenem*/imipenem, *diltiazem*/diltiazem*; *-im* (23): *trimethoprim*/trimetoprim*, *filgrastim*/filgrastim; *-om* (3): *nafazatrom*/nafazatrom, *lufuradom*/lufuradom; *-um* (194): *sodium*/sodio, *ipratropium*/ipratropio, *potassium*/potasio.

Situación actual. En teoría, las “Reglas”² convierten *-prim* en *-prima* y *-ium* en *-io*, y no

modifican el resto de las terminaciones en *-m*. En la práctica, no obstante, he observado numerosas contradicciones al revisar el listado⁴: *phoximl*“foxima”, *tiazesiml*“tiazesima”, *hexocycliuml*“hexociclo”, *methylrosaniliniuml*“metilrosanilina”, *talopraml*“taloprán”

4.9 Terminaciones en -n (861; 14 %)

a) -an (102): *-ano*. Ejemplos: *dextran*/dextrano*, *busulphan*/busulfano, *melphalan*/melfalano*.

Situación actual. Dal-Re et al⁵ presentaron ya en 1985 esta propuesta. Sin embargo, las “Reglas”² de la OMS sólo aceptan esta norma para las terminaciones *-orfan*o, *-sulfan*o y *-oxan*o; el resto de las terminaciones en *-an* no se modifican. Ello supone, en primer lugar, una complicación innecesaria a la hora de adaptar una nueva INN; en segundo lugar, se establece una clara discriminación con otros idiomas (p. ej.: la INN *menabitan* no se modifica en castellano, pero en francés pasa a *ménabitan*e); en tercer lugar, dos sustancias pertenecientes a un mismo grupo farmacológico pueden presentar distintas terminaciones (esto sucede, por ejemplo, con los agentes alquilantes busulfano y “melfalán”); por último, ni siquiera la OMS sigue siempre sus propias recomendaciones (*prinoxodan*/prinoxodano).

b) -en (108): *-eno*. Las INN terminadas en *-gen* formarán palabras esdrújulas con acento ortográfico, como sucede con *fibrinogen*/fibrinógeno o *dixanthogen*/dixantógeno (y tantas otras palabras médicas fuera del ámbito de las DCI: *oxygen*/oxígeno, *nitrogen*/nitrógeno, *collagen*/colágeno, *oestrogen*/estrógeno, etc.). El resto de las INN con la terminación *-en* forman palabras llanas no acentuadas; por ejemplo: *fenbufen*/fenobufeno*, *naproxen*/naproxeno, *ketotifen*/cetotifeno*, *melitracen*/melitrace-no.

Situación actual. Propuesta presentada ya por Dal-Re et al⁵, excepto en lo relativo a la acentuación. Las “Reglas”² de la OMS no tienen en cuenta las diferencias de acentuación y consideran invariables las terminaciones en *-ben* o *-bufen*. En mi opinión, ello dificulta de forma innecesaria las normas de adaptación al castellano y, lo que es más grave, otorga terminaciones diferentes a fármacos pertenecientes a un mismo grupo farmacológico y químico, que en los demás idiomas poseen idéntica terminación (p. ej.: *fenbufen*“fenbufén” e *ibuprofen*/ibuprofeno, derivados ambos del ácido propiónico).

c) -in (608): *-ina*. Ejemplos: *amikacin*/amicacina*, *heparin*/heparina, *digoxin*/digoxina,

*ciclosporin/ciclosporina, ciprofloxacina/ciprofloxacina**.

Excepciones. El platino y sus derivados (cisplatino, carboplatino, dexormaplatino, enloplatino, iproplatino, lobaplatino, ormaplatino, oxalipatino, espiroplatino y ceniplatino*).

Situación actual. Las “Reglas”² de la OMS recogen esta norma (incluido el caso especial del platino), excepto para las terminaciones *-nixino* y *-oxacino*. La elección arbitraria de estas dos excepciones complica innecesariamente esta norma que, de forma natural, tienen presente todos los médicos hispanohablantes. ¿No es muy significativo que la mayor parte de los médicos pronunciaran y escribieran espontáneamente ciprofloxacina hasta que la OMS publicó que la DCI sería “ciprofloxacino”? ¿o que la farmacopea mejicana registre todavía nifedipina en lugar de “nifedipino”?

d) -on (43). No se modificará en castellano esta terminación, cuya frecuencia ha aumentado considerablemente en los últimos años (en 1988 eran sólo 29 INN). Ejemplos: *phenprocoumon/fenoprocumón**, *interferon/interferón, xenon/xenón*.

Situación actual. Aunque las “Reglas”² coinciden con mi propuesta, en el listado de la OMS he observado algunas contradicciones: *fasiplon/fasiplona*, *taniplon/taniplona*.

4.10 Terminaciones en -p (sólo 2). Con el fin de evitar esta terminación extraña al castellano, propongo añadir una *o* a las dos únicas INN de este grupo: *dilazep/dilacepo**, *tenidap/tenidapo**.

Situación actual. La OMS, por el contrario, ha preferido calcar en ambos casos la grafía inglesa (“dilazep” y “tenidap”).

4.11 Terminaciones en -r (48). Por tratarse de una terminación propia del castellano, propongo mantener en estos casos la terminación inglesa, con excepción de las INN terminadas en *-er* (que añadirán una *o* y formarán palabras esdrújulas). Ejemplos: *-ar* (2): *brequinar/brequinar, lodacecar/lodacecar**; *-er* (16): *poloxamer/poloxámero, dextranomer/dextranómero, carbomer/carbómero*; *-ir* (11): *aciclovir/aciclovir, ganciclovir/ganciclovir*; *-or* (8): *cefactor/cefactor, guanoclor/guanoclor*; *-ur* (11): *cefazafur/cefazafur, carmofur/carmofur*.

Situación actual. Las “Reglas”² recogen esta norma para las terminaciones en *-er* e *-ir*, pero no contemplan la posibilidad de otras terminaciones en *-r*. En la práctica, el listado de la OMS⁴ coincide casi siempre con mi propuesta, si bien se aprecia alguna incongruencia

aislada (*porfimer/porfimer**, *fenticlor/fenticloro**, *dectafur/dectafuro**).

4.12 Terminaciones en -s (18). Estas terminaciones no se modificarán en castellano. Si exceptuamos dos plurales (*bromelains* y *sutillains*) y la DCI napirimús, todas las demás DCI de este grupo terminan en *-ós*. Ejemplos: *triclofos/triclofós, dyflos/diflós, dichlorvos/diclorvós*.

Situación actual. Esta propuesta está ya incluida en las “Reglas”² de la OMS.

4.13 Terminaciones en -t (116; 2 %). La terminación en *-t* es extraña al castellano, por lo que propongo transcribir estas INN mediante la adición de una *o* final. Aunque no es un grupo muy numeroso, su frecuencia ha aumentado en los últimos años (en 1988 eran sólo 73 INN) y se observan multitud de posibles terminaciones: *-at* (27), *-et* (7), *-it* (5), *-nt* (9), *-rt* (5), *-st* (60) y otras (4). Ejemplos: *cilazaprilat/cilazaprilato**, *cefetamet/cefetameto**, *lobenzarit/lobenzarito**, *meteneprosto/meteneprasto**, *myralact/miralacto*.

Situación actual. En teoría, las “Reglas”² de la OMS añaden una *a* a las INN terminadas en *-it* (con excepción de las terminadas en *-arit*) y no modifican el resto de las INN de este grupo. Sin embargo, en la práctica la OMS infringe con frecuencia su propia norma y forma las DCI según mi propuesta: *benzotript/benzotriptito*, *bepafant/bepafanto*, *apafant/apafanto*, *dacopafant/dacopafanto*, *dicobalt/dicobalto*, *doconexent/doconexento*, *icosapent/icosapento*, *myralact/miralacto*, *perindoprilat/perindoprilato*.

4.14 Terminaciones en -x (53). Estas terminaciones no se modificarán en castellano. Es posible distinguir tres subgrupos de desigual importancia, según terminen las INN en *-ex* (28; terminación típica de los antianorexígenos), *-ix* (3) u *-ox* (22). Ejemplos: *fenproporex/fenproporex**, *cetrorelix/cetrorelix**, *acipimox/acipimox*.

Situación actual. Las “Reglas”² recogen únicamente el caso de la terminación en *-ex*. En la práctica, el listado de la OMS concuerda prácticamente siempre con la norma propuesta en este artículo, aunque es posible hallar alguna que otra contradicción: *amlexanox/amlexanoxo**, *forfenimex/forfenimexa**.

4.15 Terminaciones en -z (sólo 5). Esta terminación es frecuente en castellano cuando va precedida de vocal, pero resulta impronunciable si va precedida de consonante. De acuerdo con ello, propongo mantenerla en el primer caso (*amitraz/amitraz, oltipraz/oltipraz*)

y añadirle una *o* en el segundo (*guanabenz/guanabenzo*, *guanoxabenz/guanoxabenzo*, *sulfabenz/sulfabenzo*).

Situación actual. Aunque las “Reglas”² no consideran la posibilidad de esta terminación, las cinco DCI de este grupo que aparecen en el listado de la OMS se ajustan a mi propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Normalización de la versión española de las DCI. En: Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 7. Ginebra: OMS, 1988; 605-608.
2. Organización Mundial de la Salud. Standardization of the Spanish version of INN. En: Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 8. Ginebra: OMS, 1992; XIII-XV.
3. Organización Mundial de la Salud. Liste informatisée de DCI en latin, anglais, espagnol, français et russe, dans l'ordre alphabétique des dénominations latines, avec des informations complémentaires. En: Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 7. Ginebra: OMS, 1988; 1-459.
4. Organización Mundial de la Salud. Liste de DCI en latin, anglais, espagnol, français et russe (dans l'ordre alphabétique des dénominations latines), avec des informations complémentaires. En: Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n.º 8. Ginebra: OMS, 1992; 1-553.
5. Dal-Re MA, Hurtado MA, Irazzábal A, González MC, Párraga M. Propuesta de unificación de las denominaciones comunes internacionales de las sustancias farmacéuticas en lengua española. An R Acad Farm 1985; 51: 289-300.
6. Navarro FA. Problemas de acentuación en medicina y farmacología. Med Clín (Barc) 1993; 101: 777-781.
7. De Abajo FJ. La nomenclatura de los medicamentos: tiempo para la uniformidad. Med Clín (Barc) 1990; 94: 598.
8. Velasco A, Lorenzo P, Serrano JS, Andrés-Trelles F. Farmacología de Velázquez (16.ª edición). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1993.
9. Anónimo. Pérdida de letras en palabras compuestas y derivadas. En: Medicina Clínica. Manual de estilo para publicaciones biomédicas. Barcelona: Doyma, 1993; 167-168.
10. Lapesa R. El español moderno. En: Historia de la lengua española (9.ª edición). Biblioteca Románica Hispánica. Serie de Manuales, n.º 45. Madrid: Gredos, 1981; 418-461.