

lejano nos den un solo fármaco para tratar esta cuestión, elegido por los responsables políticos, y no por los médicos, en cuyo caso se acabó el debate.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Hervás JG, Prados MD, Polo A, Cerezo S. Efectividad del tratamiento con paricalcitol por vía oral en pacientes con enfermedad renal crónica en etapas anteriores a la diálisis. *Nefrología* 2011;31(6):697-706.
2. Dusso A, Tokumoto M. Defective renal maintenance of the vitamin D endocrine system impairs vitamina D renoprotection: a downward spiral in kidney diseases. *Kidney Int* 2011;79:715-29.
3. Al-Badr W, Martin KJ. Vitamin D and kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:1555-60.
4. Rojas-Rivera J, De La Piedra C, Ramos A, Ortiz A, Egido J. The expanding spectrum of biological actions of vitamin D. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:2850-65.
5. Al-Aly Z, Qazi RA, González EA, Zenrique A, Martin KJ. Changes in serum 25 hydroxyvitamin D and plasma PTH levels following treatment with ergocalciferol in patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2007;50:59-68.

**José G. Hervás-Sánchez**

Servicio de Nefrología.  
Hospital Clínico Universitario de Granada.

**Correspondencia:** José G. Hervás Sánchez  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Clínico Universitario de Granada.  
jhervas@ugr.es

## Intoxicación por salicilatos

*Nefrología* 2012;32(2):252

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11299

### Sr. Director:

Las indicaciones de la depuración renal y extrarrenal como tratamiento de las

intoxicaciones agudas se han ido reduciendo en estos últimos años a medida que la eficiencia de las medidas de soporte general han ido mejorando y que los conocimientos cinéticos de los tóxicos han mostrado la real utilidad de estos métodos. Por ello, nos ha parecido de interés para los lectores de *NEFROLOGÍA* la realización de unos comentarios al caso recientemente publicado por Ruiz-Zorrilla et al. sobre una intoxicación por ácido acetilsalicílico<sup>1</sup>.

Aunque los citados autores refieren que la paciente fue tratada con acidificación urinaria, no creemos que realmente fuese así, ya que esta terapia no tiene en la actualidad ningún papel en el tratamiento de las intoxicaciones, y lo que realmente estaba indicado era la alcalinización urinaria para reducir la reabsorción tubular del ácido acetilsalicílico<sup>2</sup>. Por otro lado, el descenso que refieren en la concentración plasmática de salicilatos coincidiendo con la hemodiálisis no debe ser considerado como un reflejo de efectividad; para constatar de forma inequívoca el rendimiento de alguna de estas técnicas, debe medirse la cantidad realmente extraída, cálculo que suele realizarse a través del aclaramiento del tóxico que realiza el sistema y midiendo periódicamente las concentraciones aferentes y eferentes de salicilatos, y comparando esta cifra con la carga corporal total del tóxico. También es necesario comentar que una concentración sérica de salicilatos de 65,68 mg/dl no es considerada *per se* un criterio para hemodializar esta intoxicación, cifra que la mayoría de textos sitúan por encima de los 80-100 mg/dl<sup>3,4</sup>.

Finalmente, nos sorprende que al revisar el tratamiento de esta intoxicación no se haga ninguna referencia al uso del carbón activado, un método terapéutico para la descontaminación del tubo digestivo que ha desplazado casi por completo al lavado gástrico y que en la intoxicación por salicilatos está plenamente indicado<sup>5</sup>.

Creemos necesario enfatizar que las indicaciones de depuración renal y extra-

renal en las intoxicaciones agudas dependen de una ponderación de las características del tóxico, la situación clínica del paciente, los hallazgos analíticos, la concentración plasmática del tóxico y la ausencia de otras alternativas menos costosas y quizá más efectivas. En el caso que nos ocupa, es muy probable que una evolución favorable se hubiese obtenido igualmente con diuresis alcalina, administrando precozmente carbón activado y sin realizar hemodiálisis.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Ruiz-Zorrilla López C, Gómez Giralda B, Sánchez Ballesteros J, García García M, Molina Miguel A. Manejo de la intoxicación por salicilatos. *Nefrología* 2011;31:747-64.
2. Proudfoot AT, Krenzelok EP, Vale JA. Position paper on urine alkalization. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004;42:1-26.
3. Satar S, Alpay NR, Sebe A, Gokel Y. Emergency hemodialysis in the management of intoxication. *Am J Ther* 2006;13:404-10.
4. Dargan PI, Wallace CI, Jones AL. An evidence based flowchart to guide the management of acute salicylate (aspirin) overdose. *Emerg Med J* 2002;19:206-9.
5. Chyka PA, Seger D, Krenzelok EP, Vale JA; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: Single-dose activated charcoal. *Clin Toxicol (Phila)* 2005;43:61-87.

**Santiago Nogué-Xarau<sup>1</sup>,**

**Antonio Dueñas-Laita<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Sección de Toxicología Clínica.  
Hospital Clínic de Barcelona.

<sup>2</sup> Unidad de Toxicología Clínica.  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Correspondencia:** Santiago Nogué Xarau  
Sección de Toxicología Clínica.  
Hospital Clínic de Barcelona.  
Villarroya 170, 08036 Barcelona.  
SNOGUE@clinic.ub.es