

| | |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Sildenafil |
| Presentaciones orales | Comprimidos 20 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg. Solución 12,5 mg/pulsación. |
| Categoría | Inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5). |
| Uso en pediatría | No indicado su uso en menores de 18 años (AEMPS). |
| Farmacocinética | |
| Pico sérico | Concentración plasmática máxima a las 30 - 120 minutos. |
| Metabolismo | Hepático a metabolitos activos. Unión a proteínas plasmáticas: 96% |
| Vida media | 3 - 4 horas |
| Vol. distribución | 105 L/kg |
| Eliminación | Renal y fecal. |
| Mecanismo de acción | Inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 específica responsable de la degradación del GMPc; eleva el GMPc lo que produce relajación de la fibra lisa muscular. |
| Toxicología | Los síntomas son debidos a la relajación de la fibra muscular lisa por aumento de GMPc. |
| Efectos tóxicos | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica cardiovascular</i>: palpitaciones, taquicardia, hipertensión o hipotensión arterial, alteraciones en el ECG (prolongación del QRS y QT). • <i>Otros</i>: cefalea, rubefacción, náuseas, vómitos, congestión nasal, alteraciones visuales, priapismo. |
| Comienzo de síntomas | 1 hora |
| Dosis tóxica | Niños y adultos: 3 mg/kg En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica. En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica. |
| Dosis letal | No descrita |
| Pruebas complementarias | ECG seriados y monitorización cardíaca. Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con gasometría, iones (Na, K, Cl, Mg), glucosa, urea y creatinina. |
| Descontaminación | Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida. |
| Tratamiento de soporte | <ul style="list-style-type: none"> • ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. • Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT. • Si hipotensión arterial: fluidoterapia i.v. Si no responde, valorar inotropos-vasopresores (evitar adrenalina; se recomienda noradrenalina), ayudándose de la monitorización vascular invasiva y la ecocardiografía para valorar su efecto. • Si prolongación QRS (> 100 mseg) y/o acidosis metabólica: bicarbonato sódico i.v. • Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia. • Si <i>torsade de pointes</i>: sulfato de magnesio i.v. |
| Antídotos | No |
| Depuración extrarrenal | No |
| Observación - Alta a domicilio | Los pacientes que hayan ingerido una dosis < 3 mg/kg, de forma no intencionada, podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (\geq 3 mg/kg), podrán ser dados de alta tras 6 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. Si existe co-ingesta de sustancias cardiotóxicas la observación deberá ser más prolongada. |

Fuentes: National Poison Information Service. Toxbase. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IBM Micromedex Poisindex. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. 2019. Red de Antídotos Grupo de trabajo de Antídotos de la SEFH-SCFC. UpToDate.