

Tabla 2. Continuación.

Drogas alternativas: revisiones sistemáticas y metanálisis		
Mayo-Smith, et al. 1997 ⁶	Revisión sistemática y metanálisis de 12 estudios controlados y prospectivos sobre el tratamiento de los pacientes con SAA.	CBZ, betabloqueantes, clonidina, clormetiazol, paraldehído, fenobarbital disminuyen la gravedad del SAA pero no existe información adecuada sobre su efecto en pacientes con DT y convulsiones.
Williams y McBride, 1998 ⁵³	Revisión sistemática de 14 ECA-DC sobre 12 drogas usadas para el tratamiento de los pacientes con SAA.	Clormetiazol, clonidina, betabloqueantes y CBZ fueron superiores frente al placebo e igual de eficaces que las BDZ para reducir la gravedad del SAA en ECA, pero existen cuestiones a evaluar relacionadas con la seguridad y la eficacia para prevenir el DT y las convulsiones.
Holbrook et al., 1999 ⁵⁴	Metanálisis de 11 ECA realizados con 1286 pacientes con SAA.	Información inadecuada sobre beta bloqueantes, CBZ y clonidina. Ninguna droga fue superior a las BDZ. Eficacia desconocida en presencia de DT y convulsiones. Las drogas alternativas fueron tan seguras como las BDZ.
Mayo-Smith, et al. 2004 ⁷	Revisión sistemática y metanálisis de nueve estudios controlados y prospectivos sobre el tratamiento de los pacientes con DT.	Las BDZ y los barbitúricos fueron más eficaces que los antipsicóticos para disminuir la duración del DT y la mortalidad de los pacientes; menos complicaciones. Ausencia de diferencias entre las BDZ y los barbitúricos. Información inadecuada sobre otras alternativas.
Polycarpou et al., 2005 ⁶¹	Metanálisis de Cochrane sobre 48 ECA acerca del tratamiento anticonvulsivo de 3610 pacientes con SAA.	Los anticonvulsivos fueron superiores frente al placebo para disminuir la gravedad del SAA y prevenir las convulsiones. Sin diferencias frente a las BDZ para disminuir la gravedad del SAA, excepto por la superioridad de la CBZ para prevenir las convulsiones. Escasa información sobre la seguridad.
Lum et al., 2006 ⁶²	Revisión sistemática de seis estudios de comparación entre el ácido valproico y otras drogas para el tratamiento de los pacientes con SAA.	Sólo dos estudios indicaron una diferencia significativa a favor del ácido valproico para disminuir la gravedad del SAA.
Prince y Turpin, 2008 ⁶³	Revisión sistemática de seis ECA-DC de comparación entre la CBZ y otras drogas para el tratamiento de los pacientes con SAA.	La CBZ puede ser útil, especialmente en pacientes ambulatorios; los efectos adversos y las interacciones farmacológicas pueden limitar su utilidad.
Recomendaciones NICE, 2010 ⁴³	Metanálisis de 21 ECA sobre el tratamiento del SAA.	El clormetiazol y la CBZ fueron equivalentes a las BDZ en términos de gravedad del SAA, DT, convulsiones, mortalidad, efectos adversos, discontinuación. El clormetiazol debe usarse con precaución solo en pacientes internados.
Barrons y Roberts, 2010 ⁶⁰	Revisión sistemática de ECA sobre el tratamiento con CBZ en pacientes con SAA.	En siete ECA con 621 pacientes la CBZ fue superior al placebo y similar a las BDZ para disminuir la gravedad del SAA; en cuatro ECA la CBZ fue ineficaz. En tres ECA la CBZ fue similar a las BDZ en pacientes con DT y convulsiones. El uso de CBZ 800 mg/día fue bien tolerado.
Minozzi et al., 2010 ⁶⁴	Metanálisis de Cochrane sobre 56 ECA acerca del uso de anticonvulsivos realizados con 4076 pacientes con SAA.	Diferencia entre la CBZ y las BDZ para la disminución de la gravedad del SAA (tres estudios). Ausencia de diferencias significativas entre los anticonvulsivos.
Stern et al., 2010 ⁵⁰	Revisión sobre el uso de agonistas alfa 2 en pacientes con DT.	La clonidina y la dexmedetomidina controlaron efectivamente las manifestaciones autonómicas del SAA. El uso debería limitarse al complemento del tratamiento y a que no tienen propiedades anticonvulsivas.
Muzyk et al., 2011 ⁶⁵	Revisión sistemática de ocho ECA sobre el uso de clonidina vs. otras drogas e informes de casos sobre el tratamiento con dexmedetomidina en pacientes con SAA.	La clonidina fue eficaz para disminuir el SAA asociado con hiperactivación simpática en pacientes con cuadros leves a moderados. No previno el DT o las convulsiones. Los informes de casos indicaron beneficios al usar dexmedetomidina.
Muzyk et al., 2013 ⁶⁶	Revisión de ocho estudios de casos sobre el uso de dexmedetomidina en pacientes con SAA en UCI.	La dexmedetomidina fue potencialmente segura y eficaz como complemento del tratamiento de los pacientes con SAA en UCI.
Awisi et al., 2013 ¹⁰	Revisión sistemática de 34 artículos sobre el tratamiento de los pacientes con SAA y DT en UCI.	Los barbitúricos y el propofol fueron seguros y eficaces. Se recomienda la farmacoterapia combinada de acuerdo con la gravedad y los síntomas observados.
Linn et al., 2015 ⁶⁷	Revisión de ocho estudios sobre el papel de la dexmedetomidina como complemento del tratamiento de los pacientes con SAA.	La dexmedetomidina disminuyó la hipertensión y la taquicardia en pacientes con SAA, así como la necesidad de administrar BDZ.
Liu et al., 2015 ⁶⁸	Metanálisis de Cochrane sobre dos ECA acerca del tratamiento con baclofen en 81 pacientes con SAA.	El baclofen fue igual al diazepam y mejor que placebo; disminuyó la necesidad de usar BDZ.
Mo et al., 2016 ⁶⁹	Revisión sistemática de cuatro estudios prospectivos y controlados y tres estudios retrospectivos de comparación entre los barbitúricos y las BDZ en pacientes con SAA.	Barbitúricos vs. BDZ: eficacia, tolerabilidad y seguridad similares.