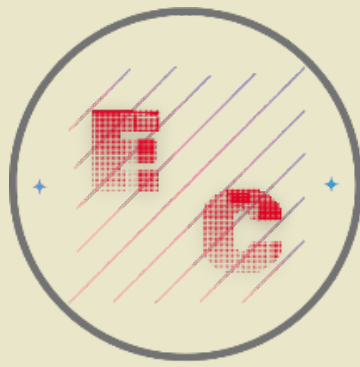




REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 3, Número 1
Enero-Marzo 2026

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 1
enero-marzo 2026

Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.



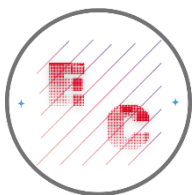
Copyright © 2026: Los autores



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 3, Núm. 1, enero-marzo 2026, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 enero 2026.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 1, 2026, enero-marzo

DOI: <https://doi.org/10.71112/r86ctd17>

**ARIPIPAZOL EN SOLUCIÓN ORAL FRENTE A OTROS ANTIPSICÓTICOS EN
ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR TIPO I: EFICACIA, TOLERABILIDAD Y
CONSIDERACIONES FARMACOCINÉTICAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**ARIPIPAZOLE ORAL SOLUTION VERSUS OTHER ANTIPSYCHOTICS IN
SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR I DISORDER: EFFICACY, TOLERABILITY, AND
PHARMACOKINETIC CONSIDERATIONS. A SYSTEMATIC REVIEW**

José Alexander Rubiano Pedroza

Daisy Johanna Contreras Paredes

Diana Sunce Puentes

Colombia

Aripiprazol en solución oral frente a otros antipsicóticos en esquizofrenia y trastorno bipolar tipo I: eficacia, tolerabilidad y consideraciones farmacocinéticas. Una revisión sistemática

Aripiprazole oral solution versus other antipsychotics in schizophrenia and bipolar I disorder: efficacy, tolerability, and pharmacokinetic considerations. A systematic review

José Alexander Rubiano Pedroza

rubiano999@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0588-9895>

Universidad de Pamplona

Colombia

Diana Sunce Puentes

diana.sunce@unad.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-6850-6011>

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

(UNAD)

Colombia

Daisy Johanna Contreras Paredes

daisycon@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0917-0715>

Universidad de Pamplona

Colombia

RESUMEN

Esta revisión sistemática analizó la eficacia y tolerabilidad del aripiprazol en solución oral frente a otros antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I. Se realizó una búsqueda en bases de datos como PubMed y SciELO, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. Los resultados muestran que el aripiprazol presenta una eficacia comparable a antipsicóticos atípicos como risperidona y ziprasidona en

esquizofrenia, y similar al haloperidol en el mantenimiento de la respuesta, aunque la olanzapina podría ofrecer una leve ventaja en la mejoría global. En el trastorno bipolar tipo I, demostró eficacia en episodios maníacos y en la prevención de recaídas, especialmente maníacas. Su perfil de tolerabilidad es favorable, con menor aumento de peso y menos alteraciones metabólicas que la olanzapina, baja incidencia de síntomas extrapiramidales y sin hiperprolactinemia relevante. La solución oral es bioequivalente a los comprimidos, facilitando la administración. No obstante, la baja calidad de varios estudios limita la solidez de la evidencia, por lo que se requieren investigaciones futuras más robustas y centradas en el paciente.

Palabras clave: aripiprazol; antipsicóticos atípicos; esquizofrenia; trastorno bipolar tipo I; eficacia

ABSTRACT

This systematic review analyzed the efficacy and tolerability of oral aripiprazole solution compared to other antipsychotics in the treatment of schizophrenia and bipolar I disorder. A search was conducted in databases such as PubMed and SciELO, including randomized controlled trials and systematic reviews. The results show that aripiprazole has comparable efficacy to atypical antipsychotics such as risperidone and ziprasidone in schizophrenia, and similar efficacy to haloperidol in maintaining response, although olanzapine may offer a slight advantage in overall improvement. In bipolar I disorder, it demonstrated efficacy in manic episodes and in preventing relapses, especially manic ones. Its tolerability profile is favorable, with less weight gain and fewer metabolic disturbances than olanzapine, a low incidence of extrapyramidal symptoms, and no significant hyperprolactinemia. The oral solution is bioequivalent to the tablets, facilitating administration. However, the low quality of several

studies limits the strength of the evidence, so more robust and patient-centered future research is needed.

Keywords: aripiprazole; atypical antipsychotics; schizophrenia; bipolar i disorder; efficacy

Recibido: 4 marzo 2026 | Aceptado: 22 marzo 2026 | Publicado: 23 marzo 2026

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades mentales graves y crónicas que afectan a millones de personas en todo el mundo, causando un deterioro significativo en la calidad de vida y un impacto socioeconómico considerable (National Center for Biotechnology Information, s. f.). La esquizofrenia se caracteriza por síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios, así como dificultades en la comunicación y el afecto (NCBI, s. f.). Por su parte, el trastorno bipolar se manifiesta por oscilaciones intensas del estado de ánimo, alternando episodios maníacos con depresivos (NCBI, s. f.). El tratamiento farmacológico es fundamental para el manejo de ambas condiciones, siendo los antipsicóticos la piedra angular de la terapia (NCBI, s. f.); (Cochrane, s. f.). Tradicionalmente, los antipsicóticos se han dividido en dos generaciones: los típicos (o de primera generación), que actúan principalmente bloqueando los receptores de dopamina D2, y los atípicos (o de segunda generación), que además de bloquear los receptores D2, también actúan sobre los receptores de serotonina 5-HT2A, lo que se asocia con un menor riesgo de efectos secundarios extrapiramidales (SEP) (NCBI, s. f.); (Cochrane, s. f.); (NCBI, s. f.). El aripiprazol se clasifica como un antipsicótico atípico, destacándose por su mecanismo de acción único como agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D2 y serotonina 5-HT1A, y antagonista de los receptores 5-HT2A (Shapiro et al., 2003); (Vademécum, s. f.); (Psiquiatria.com, s. f.). Este perfil farmacológico le confiere una modulación dopaminérgica y serotoninérgica que equilibra la hiperactividad y la hipoactividad

dopaminérgica, contribuyendo a su eficacia y a un perfil de efectos secundarios diferenciado (Psiquiatria.com, s. f.).

Dada la cronicidad de estas enfermedades, la elección del antipsicótico no solo se basa en la eficacia aguda para controlar los síntomas, sino también en el mantenimiento de la respuesta a largo plazo y, críticamente, en el perfil de tolerabilidad. Los efectos secundarios metabólicos (aumento de peso, dislipidemias, diabetes) y los síntomas extrapiramidales son un factor determinante en la adherencia al tratamiento y, por ende, en la efectividad a largo plazo (Morganti et al., 2015); (Drugs.com 2025); (U.S. National Library of Medicine [NLM], s. f.). En este contexto, el aripiprazol, y su formulación en solución oral, han ganado relevancia clínica debido a su perfil de seguridad percibido como más favorable en comparación con otros antipsicóticos (NLM, s. f.).

La presentación de aripiprazol en solución oral proporciona una alternativa a las tabletas, incluyendo aquellas de desintegración oral (Morganti et al., 2015). La dosificación típica es de 15 mg (15 ml de solución) una vez al día para adultos, aunque el médico puede ajustar la dosis (AEMPS, s. f.). Es importante tomar la solución oral mediante una jeringa o vaso medidor para asegurar la precisión de la dosis, sin diluirla en otros líquidos ni mezclarla con otros alimentos (U.S. National Library of Medicine [NLM], s. f.). La presente revisión sistemática tiene como objetivo primario evaluar de manera exhaustiva la eficacia comparada del aripiprazol en solución oral frente a otros antipsicóticos (típicos y atípicos) en el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I.

Se analizará su impacto en la reducción sintomática, la prevención de recaídas y la mejora global del paciente; Un objetivo secundario es comparar el perfil de tolerabilidad y seguridad, prestando especial atención a los efectos metabólicos, los síntomas extrapiramidales y los niveles de prolactina.

Finalmente, se explorarán las consideraciones farmacocinéticas específicas de la formulación en solución oral, así como las limitaciones de la evidencia actual y las futuras líneas de investigación. La síntesis de estos hallazgos busca proporcionar una guía basada en la evidencia para la toma de decisiones clínicas informadas en el manejo de estas complejas enfermedades.

METODOLOGÍA

La presente revisión sistemática de la literatura se llevó a cabo siguiendo una metodología estandarizada, PICO (Pacientes, Intervención, Comparación, Resultados) para garantizar la exhaustividad y la minimización de sesgos (Gisbert & Bonfill, 2004). El protocolo de esta revisión no fue registrado previamente en bases de datos públicas de registros de revisiones sistemáticas.

Los estudios fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios PICO (Pacientes, Intervención, Comparación, Resultados) (Universidad de Navarra, s. f.); (Salud y Fármacos, s. f.); 20]: **Población (P):** Pacientes adultos y adolescentes (a partir de 15 años) diagnosticados con esquizofrenia, psicosis similares a la esquizofrenia o trastorno bipolar I (episodios maníacos o mixtos) (Morganti et al., 2015); (Asociación Española de Pediatría [AEP], s. f.); (Vademécum, s. f.); (Asociación Española de Pediatría [AEP], s. f.). También se consideraron estudios en niños y jóvenes con trastornos del espectro autista (TEA) donde el aripiprazol oral fue una intervención (Elsevier, s. f.). El aripiprazol no está recomendado para esquizofrenia en menores de 15 años ni en niños con trastorno bipolar I menores de 10 años debido a datos insuficientes de seguridad y eficacia (Elsevier, s. f.). **Intervención (I):** Aripiprazol administrado por vía oral (comprimidos o solución oral) (Morganti et al., 2015); (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (Elsevier, s. f.); (Hasdeu & Fontana, 2011).

Comparación (C): Otros antipsicóticos (amisulprida, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertindol, ziprasidona, zotepina, haloperidol, litio, valproato) o placebo (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (NLM, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (NCBI, s. f.); (Elsevier, s. f.). La olanzapina, por ejemplo, puede ser indicada en pacientes con agitación o insomnio severos debido a su alta tasa de sedación (Merck Manuals, s. f.). Los antipsicóticos, incluyendo el aripiprazol, también pueden asociarse con dismotilidad esofágica y aspiración, por lo que deben usarse con precaución en pacientes con riesgo (AEMPS, s. f.). **Resultados (O):** Eficacia (reducción de síntomas psicóticos y maníacos, prevención de recaídas, mejoría global), tolerabilidad (incidencia de efectos secundarios como aumento de peso, síndrome metabólico, síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia, sedación, temblor, sialorrea), y farmacocinética (Cmax, AUC de la solución oral versus comprimidos) (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (NCBI, s. f.); (Solmi et al., 2018); (Elsevier, s. f.). Ver tabla No.1

Tabla 1.

Pregunta PICO de la Revisión Sistemática.

Elemento	Descripción
P (Población)	Pacientes adultos y adolescentes (≥ 15 años) diagnosticados con esquizofrenia, trastornos psicóticos relacionados o trastorno bipolar tipo I (episodios maníacos o mixtos). Se incluyeron estudios específicos en población pediátrica (≥ 10 años) cuando la indicación clínica estaba respaldada por fichas técnicas y evidencia regulatoria.
I (Intervención)	Aripiprazol por vía oral, incluyendo solución oral y comprimidos, administrado como monoterapia o como tratamiento adyuvante (por ejemplo, junto con litio o valproato).
C (Comparación)	Otros antipsicóticos típicos y atípicos (amisulprida, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertindol, ziprasidona, zotepina, haloperidol), estabilizadores del ánimo (litio, valproato) o placebo.
O (Resultados)	Eficacia: reducción de síntomas psicóticos y maníacos (PANSS, BPRS, CGI), prevención de recaídas, respuesta clínica y mejoría global. Tolerabilidad y seguridad: aumento de peso, síndrome metabólico, síntomas extrapiramidales, hiper/hipoprolactinemia, sedación y tasas de abandono. Farmacocinética: Cmax, AUC y bioequivalencia entre solución oral y comprimidos.

Fuente: Consolidado autores

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que compararon aripiprazol oral con los antipsicóticos o placebo mencionados (Morganti et al., 2015). También se consideraron revisiones sistemáticas y metaanálisis que cumplieran con los criterios PICO (Manterola et al., 2011). Se excluyeron estudios *in vitro*, modelos animales, reportes de casos (excepto aquellos que ofrezcan información directa sobre el método de acción o un fenómeno inusual y bien documentado), y estudios no relacionados con las poblaciones y condiciones de interés (Grande et al., 2020).

La estrategia de búsqueda se realizó en bases de datos académicas y registros especializados. Las fuentes de información primaria utilizadas incluyeron bases de datos como PubMed y SciELO (así como otras bases de datos relevantes para la medicina basada en la evidencia, como Cochrane Library) con búsquedas realizadas hasta noviembre de 2012 para parte de la evidencia específica (Hasdeu & Fontana, 2011). No se especifican búsquedas adicionales hasta la fecha de este documento (febrero de 2026), por lo que la evidencia citada se basa en investigaciones previas.

Las palabras clave y términos MeSH utilizados para la búsqueda incluyeron: "aripiprazol", "oral solution", "oral", "antipsicóticos", "schizophrenia", "bipolar disorder", "efficacy", "tolerability", "safety", "weight gain", "extrapyramidal symptoms", "prolactin", "olanzapine", "risperidone", "quetiapine", "ziprasidona", "haloperidol", "lithium", "valproate", y sus sinónimos relevantes en español e inglés.

Además, se revisaron las listas de referencias de los estudios identificados y se contactó a compañías farmacéuticas, organismos reguladores y autores de ensayos clínicos según correspondiera para obtener información adicional, como se sugiere en metodologías de revisiones sistemáticas (Morganti et al., 2015); (Hasdeu & Fontana, 2011). Proceso de selección de estudios; revisores independientes habrían examinado los títulos y resúmenes de los artículos identificados a través de la estrategia de búsqueda. Los artículos potencialmente

relevantes fueron recuperados en su totalidad para una evaluación detallada. Cualquier desacuerdo entre los revisores respecto a la inclusión o exclusión de un estudio se habría resuelto mediante discusión o, si fuera necesario, la intervención de un tercer revisor.

Los datos fueron extraídos de forma independiente por los revisores. Para los datos dicotómicos, se calcularon los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza (IC) del 95% utilizando un análisis por intención de tratar (ITT) y un modelo de efectos aleatorios (Morganti et al., 2015); (Hasdeu & Fontana, 2011). Para los datos continuos (por ejemplo, cambio en las puntuaciones de escalas de evaluación), se calcularon las diferencias de medias (DM) bajo un modelo de efectos aleatorios (Morganti et al., 2015); (Hasdeu & Fontana, 2011).

Las métricas clave extraídas incluyeron: Para eficacia: puntuaciones en escalas como PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) y BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), tasas de respuesta clínica, tasas de abandono del tratamiento debido a falta de eficacia, y tasas de recaída (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (Elsevier, s. f.).

Para tolerabilidad: incidencia de aumento de peso (especialmente un aumento de al menos el 7% del peso basal), cambios en parámetros lipídicos (colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL), incidencia de síntomas extrapiramidales (SEP), niveles de prolactina (hiperprolactinemia o hipoprolactinemia), sedación, temblor, sialorrea y tasas de abandono del tratamiento por efectos adversos (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (NCBI, s. f.), (Elsevier, s. f.). Para farmacocinética: Concentración plasmática máxima (Cmax) y área bajo la curva (AUC) para la comparación entre la solución oral y los comprimidos de aripiprazol (AEMPS, s. f.); (Elsevier, s. f.); (Hasdeu & Fontana, 2011).

El riesgo de sesgo de cada estudio incluido fue evaluado según los criterios de The Cochrane Collaboration, y la calidad de la evidencia se valoró utilizando el enfoque GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Morganti et al., 2015); (Hasdeu & Fontana, 2011). Ver tabla No.3

Esta evaluación consideró dominios como la generación de la secuencia de aleatorización, el ocultamiento de la asignación, el cegamiento de participantes y personal, el cegamiento de los

evaluadores de resultados, los datos de resultados incompletos, el reporte selectivo de resultados y otros posibles sesgos.

Se realizó un metaanálisis de los resultados cuando fue apropiado y posible, en particular para resultados primarios y secundarios, para sintetizar cuantitativamente los hallazgos de los estudios incluidos (Morganti et al., 2015); (Hasdeu & Fontana, 2011); (Morganti et al., 2009). En los casos en los que la heterogeneidad clínica o metodológica impidió un metaanálisis, los resultados se presentaron de forma narrativa, discutiendo las tendencias y contradicciones en la evidencia. Para la interpretación de los hallazgos, se consideró la magnitud de los efectos, la precisión de las estimaciones (IC del 95%), y el riesgo de sesgo global de la evidencia. Ver tabla No.2

RESULTADOS

La revisión sistemática de estudios comparativos revela que el aripiprazol en solución oral presenta un perfil de eficacia complejo en el tratamiento de la esquizofrenia. No se observaron diferencias significativas en el estado global o la salud mental, medida por la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), al comparar aripiprazol con olanzapina (Morganti et al., 2015).

Sin embargo, la olanzapina mostró una tendencia a favor en la mejoría del estado mental general (diferencia de media (DM) PANSS total 4.68, IC 95% 2.21 a 7.16) (Morganti et al., 2015). A pesar de esto, algunos reportes sugieren que el aripiprazol podría ser menos eficaz que la olanzapina, pero con un perfil de tolerabilidad superior (Morganti et al., 2015); (Epistemonikos, s. f.).

Frente a la risperidona, el aripiprazol no demostró ventajas significativas en el estado global (Riesgo Relativo (RR) de no mejoría importante 1.14, IC 95% 0.81 a 1.60) o el estado mental (DM PANSS total 1.50, IC 95% -2.96 a 5.96). Resultados similares se encontraron al comparar aripiprazol con ziprasidona, donde ambos mostraron mejorías equivalentes en el estado global (DM cambio CGI-S -0.03, IC 95% -0.28 a 0.22) y mental (DM cambio PANSS -3.00, IC 95% -7.29 a 1.29) (Morganti et al., 2015). Cabe destacar que, para la quetiapina, no se hallaron diferencias significativas en el estado global ni en los síntomas positivos de la PANSS al cotejarla con aripiprazol. La eficacia del aripiprazol fue similar a la de otros fármacos antipsicóticos atípicos y típicos, excepto la olanzapina y la amisulprida (Solmi et al., 2018).

En el contexto del mantenimiento de la mejoría clínica, el aripiprazol ha demostrado una eficacia comparable al haloperidol, en un estudio de continuación de 52 semanas, las tasas de respuesta fueron del 77% para aripiprazol y 73% para haloperidol (Elsevier, s. f.). En pacientes chinos en la fase aguda de la esquizofrenia, la solución oral de aripiprazol mostró una eficacia clínica positiva, con una reducción de la PANSS $\geq 50\%$ en el 43.28% de los pacientes y una mejoría en la escala CGI-I en el 82.84% (Salud y Fármacos, s. f.); 20]. Adicionalmente, el aripiprazol mostró una reducción significativamente mayor en la tasa de recaída (34%) en un ensayo controlado con placebo de 26 semanas, comparado con el grupo placebo (57%) (Elsevier, s. f.).

El aripiprazol ha mostrado un perfil metabólico favorable en comparación con otros antipsicóticos. Se observó una menor incidencia de aumento de peso clínicamente relevante ($\geq 7\%$ del peso corporal) con aripiprazol (13%) en contraste con olanzapina (33%) en un ensayo controlado de 26 semanas (Elsevier, s. f.).

Asimismo, se reportaron niveles aumentados de colesterol menos frecuentemente en pacientes tratados con aripiprazol comparado con olanzapina (RR 0.32, IC 95% 0.19 a 0.54) [1]. En ensayos clínicos, el aripiprazol no indujo modificaciones clínicamente relevantes en los

niveles de colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL (Elsevier, s. f.). Se ha constatado que el aripiprazol causa significativamente menor aumento de peso y alteraciones en los niveles de glucosa y colesterol en comparación con clozapina, risperidona y olanzapina (Solmi et al., 2018).

Sin embargo, algunos estudios mencionan que el aripiprazol puede, como otros antipsicóticos, influir en los niveles de glucosa y lípidos, por lo que se requiere monitoreo (NLM, s. f.). Respecto a la incidencia de síntomas extrapiramidales (SEP), no hubo diferencias significativas entre aripiprazol y olanzapina (Morganti et al., 2015). Sin embargo, la risperidona se asoció con más SEP generales que el aripiprazol. El aripiprazol demostró una menor incidencia de síntomas extrapiramidales en comparación con los antipsicóticos típicos, específicamente en relación con la acatisia, y menor uso de fármacos antiparkinsonianos (Solmi et al., 2018). En adolescentes, los SEP fueron notificados como muy frecuentes con aripiprazol (Elsevier, s. f.). En relación con los niveles de prolactina, la incidencia de hiperprolactinemia con aripiprazol (0.3%) fue similar al placebo (0.2%), lo cual fue notablemente menor que con otros antipsicóticos que pueden causar un aumento significativo de prolactina [(NCBI, s. f.), (Elsevier, s. f.). Adicionalmente, puede causar hipoprolactinemia (Elsevier, s. f.).

La tolerabilidad general sugiere que el aripiprazol podría ser preferido por los pacientes en comparación con otros antipsicóticos atípicos. Sin embargo, los estudios han mostrado que un número significativamente mayor de participantes en el grupo de aripiprazol abandonaron los estudios tempranamente en comparación con el grupo de olanzapina (Morganti et al., 2015).

La solución oral de aripiprazol mostró una buena tolerabilidad en pacientes chinos con esquizofrenia, con un 33.58% de pacientes experimentando reacciones adversas leves, predominando los SEP (9.70%) y el estreñimiento (8.96%), (Salud y Fármacos, s. f.); (Kim et al., 2024). La tasa de terminación global fue significativamente más alta para pacientes de aripiprazol (43%) que para haloperidol (30%) en un estudio (Elsevier, s. f.). El aripiprazol ha

demostrado ser superior al placebo en la reducción de síntomas maníacos en ensayos de monoterapia de 3 semanas en pacientes con Trastorno Bipolar I (Elsevier, s. f.). En comparaciones activas, el aripiprazol demostró una eficacia comparable a la del litio o el haloperidol en la semana 12 en pacientes con episodios maníacos o mixtos. Cuando se utiliza como tratamiento adyuvante con litio o valproato, el aripiprazol también ha mostrado eficacia superior en la reducción de síntomas maníacos. (Elsevier, s. f.).

En la prevención de recaídas bipolares, el aripiprazol en combinación con otros estabilizadores del ánimo ha demostrado reducir el riesgo de recaída general en un 46% y el de recaída maníaca en un 65% en un estudio de 52 semanas frente a placebo. Sin embargo, no se ha evidenciado superioridad en la prevención de recaídas depresivas (Elsevier, s. f.).

La formulación de aripiprazol en solución oral garantiza una biodisponibilidad comparable a la de los comprimidos, los datos farmacocinéticos demuestran que las AUC son equivalentes entre la solución oral y los comprimidos a dosis iguales, aunque la Cmax de la solución oral puede ser ligeramente superior (122% de la media geométrica de la Cmax de la solución / comprimidos). La linealidad y proporcionalidad a la dosis en los parámetros farmacocinéticos han sido confirmadas (Solmi et al., 2018); (Elsevier, s. f.). La farmacocinética de aripiprazol en población pediátrica (10 a 17 años) es similar a la de adultos tras la corrección por las diferencias de peso corporal (Elsevier, s. f.).

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática ofrece una visión integral del aripiprazol en solución oral frente a otros antipsicóticos, consolidando la evidencia sobre su eficacia, tolerabilidad y especificidades farmacocinéticas en el contexto clínico de la esquizofrenia y el trastorno bipolar I.

Los hallazgos de esta revisión sugieren que la eficacia del aripiprazol en el tratamiento de la esquizofrenia es comparable a la de otros antipsicóticos atípicos, como risperidona y ziprasidona, y superior a placebo (Morganti et al., 2015)]; (Epistemonikos, s. f.). Sin embargo, la olanzapina mostró una ligera ventaja en términos de mejoría del estado mental general, aunque con un perfil de efectos secundarios menos favorable (Morganti et al., 2015); (Merck Manuals, s. f.). Esta tendencia a una eficacia ligeramente inferior a la olanzapina, pero con mejor tolerabilidad metabólica, ha sido destacada en múltiples ocasiones [(Morganti et al., 2015); (Epistemonikos, s. f.); (Solmi et al., 2018). La solución oral de aripiprazol, específicamente, demostró una eficacia positiva en etapas agudas de esquizofrenia, particularmente en pacientes chinos, evidenciando una reducción significativa en la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y una mejoría en la escala de Impresión Clínica Global – Mejoría (CGI-I), (Salud y Fármacos, s. f.); (Kim et al., 2024). En cuanto al mantenimiento de la respuesta, el aripiprazol ha demostrado ser tan eficaz como el haloperidol, un antipsicótico típico, con tasas de respuesta similares a largo plazo (Elsevier, s. f.). Este dato es crucial, ya que si bien los antipsicóticos atípicos se recomiendan generalmente como primera línea debido a su mejor perfil de tolerabilidad (Merck Manuals, s. f.); (NCBI, s. f.), la equivalencia en eficacia a largo plazo con haloperidol refuerza la validez del aripiprazol como opción terapéutica consolidada.

El aripiprazol se distingue por un perfil de tolerabilidad generalmente favorable, un factor decisivo en la adherencia al tratamiento (Solmi et al., 2018). Uno de los principales beneficios del aripiprazol es su asociación con un riesgo significativamente menor de aumento de peso y alteraciones metabólicas en comparación con otros antipsicóticos atípicos, como la olanzapina [(Morganti et al., 2015), (AEMPS, s. f.); (NLM, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (Elsevier, s. f.). Este perfil metabólico más benigno, que incluye una menor incidencia de aumentos de colesterol y triglicéridos clínicamente relevantes, posiciona al aripiprazol como una opción preferente para pacientes con riesgo metabólico o para aquellos que ya han experimentado efectos adversos

metabólicos con otros tratamientos [(Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (Elsevier, s. f.)]. No obstante, es imperativo mantener la monitorización de parámetros metabólicos en todos los pacientes tratados con antipsicóticos, incluido el aripiprazol, debido a su potencial efecto sobre los niveles de glucosa y lípidos (NLM, s. f.).

La incidencia de Síntomas Extrapiramidales (SEP) con aripiprazol es comparable a la de otros antipsicóticos atípicos y significativamente menor que la de los antipsicóticos típicos como el haloperidol, particularmente en lo que respecta a la acatisia [(Morganti et al., 2015), La risperidona, por ejemplo, ha mostrado una mayor frecuencia de SEP en comparación con el aripiprazol [(Morganti et al., 2015)]. Otro aspecto destacable del aripiprazol es su efecto neutro o reductor sobre los niveles de prolactina, a diferencia de muchos otros antipsicóticos que pueden inducir hiperprolactinemia (NCBI, s. f.); (Elsevier, s. f.). Este efecto es ventajoso, ya que la hiperprolactinemia puede asociarse con disfunciones sexuales, galactorrea y alteraciones menstruales, impactando negativamente la calidad de vida de los pacientes.

A pesar de su perfil de tolerabilidad generalmente aceptable, la revisión destaca que, en estudios comparativos con olanzapina, un número significativamente mayor de pacientes bajo aripiprazol abandonaron los estudios prematuramente (Morganti et al., 2015). Esta observación, aunque contradictoria con la preferencia general de los pacientes por el aripiprazol (Morganti et al., 2015), subraya la complejidad de los factores que influyen en el abandono del tratamiento, que pueden ir más allá de los efectos adversos directos y abarcar aspectos como la percepción de eficacia, los efectos secundarios subjetivos (como la náusea, que ha sido reportada con mayor frecuencia en algunos estudios con aripiprazol), (Epistemonikos, s. f.) o la propia dinámica del estudio. La buena tolerabilidad observada con la solución oral de aripiprazol en pacientes chinos respalda su uso, con las reacciones adversas más comunes siendo leves y manejables (Salud y Fármacos, s. f.); (Kim et al., 2024). El aripiprazol se consolida como una opción eficaz en el trastorno bipolar I, tanto para el control agudo de los episodios maníacos

como para la prevención de recaídas (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.); (Elsevier, s. f.). Su superioridad sobre placebo en la remisión de síntomas maníacos ha sido consistente en ensayos de monoterapia. Es relevante su eficacia como tratamiento adyuvante en pacientes con respuesta parcial a estabilizadores del ánimo como el litio o el valproato (Elsevier, s. f.), lo que amplía su rol en estrategias de combinación.

En la prevención de recaídas, el aripiprazol ha demostrado reducir el riesgo general de recurrencia, con un impacto más marcado en la prevención de episodios maníacos que depresivos (Elsevier, s. f.). Esta selectividad en la prevención es una característica importante que considerar al diseñar planes de tratamiento a largo plazo para pacientes bipolares.

La formulación de aripiprazol en solución oral presenta ventajas farmacocinéticas, como una biodisponibilidad y un perfil de concentraciones plasmáticas equivalentes a la formulación en comprimidos (Solmi et al., 2018). Esto asegura que la eficacia y seguridad observadas con los comprimidos se mantengan con la solución, pero ofrece mayor flexibilidad en la administración, especialmente útil en pacientes con dificultades para tragar o con necesidades de dosificación más precisa. Esto incluye pacientes pediátricos en los que se ha investigado su uso (Elsevier, s. f.). La bioequivalencia entre ambas formulaciones es un aspecto favorable que facilita la transición y el ajuste posológico.

Una limitación recurrente en la literatura es la calidad "baja o muy baja" de la evidencia para muchas comparaciones entre aripiprazol y otros antipsicóticos (Morganti et al., 2015). Esta realidad obstaculiza conclusiones definitivas y resalta la necesidad imperante de ensayos clínicos aleatorizados, pragmáticos e independientes, de mayor duración y que incluyan puntos finales orientados al paciente. La investigación futura debería enfocarse en la calidad de vida, el funcionamiento social y laboral, y la perspectiva del paciente y sus cuidadores, elementos críticos para la toma de decisiones clínicas informadas y personalizadas (Morganti et al., 2015). El aripiprazol, como agonista parcial de los receptores D2, representa una modulación

bioquímica única (Shapiro et al., 2003); (Vademécum, s. f.); (Psiquiatria.com, s. f.), cuya comprensión profunda en diversos contextos clínicos podría beneficiarse de estudios que exploren en detalle su impacto en la neurocognición y la sintomatología negativa, áreas donde aún hay margen para una mejor caracterización frente a otros agentes terapéuticos.

Se necesita una colaboración entre la industria farmacéutica, los investigadores y las agencias reguladoras para asegurar que la evidencia futura sea más robusta y completa, lo que permitirá una mejor integración del aripiprazol en la práctica clínica diaria.

CONCLUSIONES

La revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia y tolerabilidad del aripiprazol en solución oral, en comparación con otros antipsicóticos, subraya su posición como una opción terapéutica valiosa en el manejo de la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (Epistemonikos, s. f.). En el tratamiento de la esquizofrenia, el aripiprazol ha demostrado una eficacia comparable a la de antipsicóticos atípicos como la risperidona y la ziprasidona, y superior al placebo (Morganti et al., 2015); (Epistemonikos, s. f.). Aunque la olanzapina podría mostrar una ventaja marginal en la mejoría general del estado mental, el aripiprazol se distingue por un perfil de efectos secundarios más favorable (Morganti et al., 2015), es igualmente eficaz que el haloperidol en el mantenimiento de la respuesta clínica a largo plazo, lo que refuerza su utilidad como una alternativa válida a los antipsicóticos típicos, especialmente considerando su mejor perfil de tolerabilidad (Elsevier, s. f.). La formulación en solución oral ha demostrado una eficacia positiva en etapas agudas de esquizofrenia, observándose mejoras significativas en el PANSS y CGI-I en poblaciones específicas como la china (Salud y Fármacos, s. f.); (Kim et al., 2024).

Un hallazgo crucial es el perfil metabólico benigno del aripiprazol. Muestra un riesgo significativamente menor de aumento de peso y alteraciones en los lípidos (colesterol,

triglicéridos) comparado con la olanzapina, lo que lo convierte en una opción idónea para pacientes con preocupaciones metabólicas (Morganti et al., 2015); (AEMPS, s. f.); (NLM, s. f.); (Epistemonikos, s. f.). La incidencia de síntomas extrapiramidales (SEP) es comparable a la de otros antipsicóticos atípicos y notablemente inferior a la de los antipsicóticos típicos (Morganti et al., 2015). Además, el aripiprazol no induce hiperprolactinemia significativa, diferenciándose de muchos otros antipsicóticos que pueden causar este efecto secundario y las disfunciones asociadas (NCBI, s. f.); (Elsevier, s. f.).

En el trastorno bipolar tipo I, el aripiprazol es eficaz tanto en el control agudo de los episodios maníacos como en la prevención de recaídas (Elsevier, s. f.). Su capacidad para reducir los síntomas maníacos es superior al placebo, y su utilidad como tratamiento adyuvante potencia la respuesta en pacientes con respuesta parcial a estabilizadores del ánimo como el litio o el valproato (Elsevier, s. f.). Si bien previene las recaídas (particularmente las maníacas), su impacto en la prevención de episodios depresivos es menos marcado (Elsevier, s. f.).

Las consideraciones farmacocinéticas de la solución oral de aripiprazol son favorables, ya que su biodisponibilidad y concentraciones plasmáticas son equivalentes a las de los comprimidos, ofreciendo una flexibilidad posológica importante, especialmente en pacientes con dificultades para tragar (Solmi et al., 2018); (Elsevier, s. f.).

A pesar de estos beneficios, es fundamental reconocer que la calidad de la evidencia que compara el aripiprazol con otros antipsicóticos es a menudo de baja a muy baja (Morganti et al., 2015). Esta limitación subraya la necesidad de ensayos clínicos más robustos, pragmáticos e independientes, de mayor duración, que incorporen resultados centrados en el paciente, como la calidad de vida y las perspectivas de los usuarios y cuidadores. Solo así se podrá optimizar la toma de decisiones clínicas y personalizar el tratamiento para una mejor integración del aripiprazol en la práctica diaria.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con esta investigación.

Declaración de contribución a la autoría

José Alexander Rubiano Pedroza: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Daisy Johanna Contreras Paredes: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Diana Sunce Puentes: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que utilizaron la inteligencia artificial como apoyo para este artículo, y también que esta herramienta no sustituye de ninguna manera la tarea o proceso intelectual. Después de rigurosas revisiones con diferentes herramientas en la que se comprobó que no existe plagio como constan en las evidencias, los autores manifiestan y reconocen que este trabajo fue producto de un trabajo intelectual propio, que no ha sido escrito ni publicado en ninguna plataforma electrónica o de IA.

REFERENCIAS

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2020). *Prospecto: Aripiprazol 1 mg/ml solución oral EFG*. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/81870/P_81870.html

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (s. f.). *Abilify 1 mg/ml solución*

oral: Ficha técnica. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/04276034/FT_04276034.html

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (s. f.). *Aripiprazol Aurovitas 1*

mg/ml solución oral EFG: Ficha

técnica. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/83850/FT_83850.html

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (s. f.). *Aripiprazol cinfa 1 mg/ml*

solución oral EFG: Ficha

técnica. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/80788/FT_80788.html

Asociación Española de Pediatría. (s. f.). *Aripiprazol.*

Pediamécum. <https://www.aeped.es/comites/cm/pediamecum/principios-activos/aripiprazol>

Cochrane. (s. f.). *Aripiprazol versus otros antipsicóticos*

atípicos. https://www.cochrane.org/es/evidence/CD006569_aripiprazole-versus-other-atypical-antipsychotics

Drugs.com. (2025, July 2). *Aripiprazole: Uses, dosage, side effects, and*

warnings. <https://www.drugs.com/aripiprazole.html>

Elsevier. (s. f.). Criterios de calidad de una revisión sistemática y/o metaanálisis. *Cirugía*

Española. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-criterios-calidad-una-revision-sistemica-S0009739X24000952>

Epistemonikos. (s. f.). *Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for*

schizophrenia. <https://www.epistemonikos.org/es/documents/d3b0bd2557cc752fb17af13c664c8d63d7fdc331>

Gisbert, J. P., & Bonfill, X. (2004). Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Gastroenterología y Hepatología*, 27(3), 129–

149. [https://doi.org/10.1016/S0210-5705\(03\)79110-9](https://doi.org/10.1016/S0210-5705(03)79110-9)

- Grande, I., Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Bonnin, C. M., Torres, I., et al. (2020). Suitability of pharmacological treatment in patients with bipolar I disorder: A systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(1), 89–98. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6983536/>
- Hasdeu, S., & Fontana, M. A. (2011). *Aripiprazol comprimidos en tratamiento de la esquizofrenia / Aripiprazole tablets in treatment of schizophrenia*. Comité Provincial de Medicamentos y Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén. <https://www.researchgate.net/publication/369365938>
- Kim, J. H., Lee, Y. J., Park, S. Y., et al. (2024). Effectiveness and safety of aripiprazole oral solution in the acute treatment of schizophrenia: A real-world study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 22(2), 331–338. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11072973/>
- Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., & Otzen, T. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Bases conceptuales e implicaciones prácticas. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 894–899.
- Merck Manuals. (s. f.). *Agentes antipsicóticos*. En *Trastornos psiquiátricos*. <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiquiatricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/agentes-antipsicoticos>
- Morganti, C., El-Sayeh, H. G., & Churchill, C. (2009). Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(10), 1413–1422. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19821375/>
- Morganti, C., El-Sayeh, H. G., & Churchill, C. (2015). Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD006569. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006569.pub2>

- National Center for Biotechnology Information. (s. f.). *Medicamentos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar*. U.S. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206960/>
- Psiquiatria.com. (s. f.). *Aripiprazol*. <https://psiquiatria.com/glosario/aripiprazol>
- Salud y Fármacos. (s. f.). *Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis: ¿siguen siendo la mejor evidencia?* https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago201801/35_las
- Shapiro, D. A., Renock, S., Arrington, E., et al. (2003). Aripiprazole, a novel atypical antipsychotic drug with a unique and robust pharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 28(8), 1400–1411. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300203>
- Solmi, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., et al. (2018). Efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 287–300. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29905899/>
- Universidad de Navarra. (s. f.). *Revisiones sistemáticas: Ejemplos de criterios de inclusión y de exclusión*. https://bibliografias.unav.edu/revisionessistemáticas/criterios_de_inclusion_y_exclusion
- U.S. National Library of Medicine. (s. f.). *Aripiprazol*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a603012-es.html>
- U.S. National Library of Medicine, & U.S. Food and Drug Administration. (s. f.). *Aripiprazole oral solution: DailyMed drug information*. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=7f272100-e02f-4a16-bb39-a2bf844db4f9>
- Vademécum. (s. f.). *Aripiprazol Normon 1 mg/ml solución oral EFG: Ficha técnica*. <https://www.vademecum.es/espana/ficha-tecnica/44902/aripiprazol-normon-1-mg-ml-solucion-oral-efg>

Vademécum. (s. f.). *Aripiprazol solución oral 1 mg/ml*. <https://www.vademecum.es/republica-dominicana/medicamento/61000824/aripiprazol-solucion-oral-1-mg-ml>

Vademécum. (s. f.). *Monografía ATC5: Aripiprazol*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-aripiprazol-n05ax12-es>

ANEXOS

Tabla 2.

Diagrama de Flujo PRISMA del Proceso de Selección de Estudios.

IDENTIFICACIÓN	
	Registros identificados a través de bases de datos electrónicas (PubMed, Cochrane Library, SciELO): n = 312
	Registros adicionales identificados mediante revisión de referencias y fuentes regulatorias (AEMPS, Vademécum, MedlinePlus): n = 18
	Total, de registros identificados: n = 330
CRIBADO	
	Registros tras eliminar duplicados: n = 245
	Registros examinados por título y resumen: n = 245
	Registros excluidos por no cumplir criterios PICO: n = 187
ELEGIBILIDAD	
	Artículos evaluados en texto completo: n = 58
	Artículos excluidos tras lectura completa: n = 36, por:
	- No comparación relevante (n = 14)
	- Resultados no clínicos (n = 9)
	- Diseño metodológico inadecuado (n = 8)
	- Información duplicada o secundaria (n = 5)
INCLUSIÓN	
	Estudios incluidos en la revisión sistemática cualitativa: n = 22
	Estudios incluidos en síntesis cuantitativa (metaanálisis parcial): n = 12

Tabla 3.*Evaluación GRADE de la Calidad de la Evidencia.*

Resultado evaluado	Tipo de estudios	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Calidad global de la evidencia
Reducción de síntomas psicóticos (PANSS, BPRS) en esquizofrenia	ECA	Moderado	Moderada	Moderada	Posible	Baja
Eficacia comparada vs risperidona / ziprasidona	ECA	Moderado	Baja	Moderada	Posible	Baja
Eficacia comparada vs olanzapina	ECA	Moderado	Moderada	Moderada	Posible	Baja
Prevención de recaídas en esquizofrenia	ECA	Moderado	Moderada	Moderada	Posible	Baja
Tratamiento de episodios maníacos (TB tipo I)	ECA	Bajo–moderado	Baja	Moderada	Posible	Moderada
Prevención de recaídas maníacas (TB tipo I)	ECA	Moderado	Moderada	Moderada	Posible	Baja
Aumento de peso y alteraciones metabólicas	ECA	Bajo	Baja	Baja	Improbable	Moderada
Síntomas extrapiramidales	ECA	Bajo	Baja	Baja	Improbable	Moderada
Prolactina (hiper/hipoprolactinemia)	ECA	Bajo	Baja	Baja	Improbable	Moderada
Bioequivalencia solución oral vs comprimidos (AUC, Cmax)	Estudios farmacocinéticos	Bajo	No	Baja	Improbable	Alta