

Uso extrahospitalario de medicamentos en pacientes con COVID-19 previo al ingreso a hospital de tercer nivel en Bucaramanga

Extra-hospital use of medications in patients with COVID-19 prior to admission to a third-level hospital in Bucaramanga

Susan Julieta García-León¹ , Darlyn Dayana Castillo-Díaz^{1*} , Claudia Lucia Figueroa-Pineda¹ , Lady Rodríguez-Burbano¹ 

¹ Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Recibido: 26/02/2025. Aprobado: 12/11/2025

Resumen

Introducción: durante la pandemia por COVID-19 se hizo frecuente el uso extrahospitalario de medicamentos, como antibióticos y corticoides, a pesar de que no existía evidencia al respecto. En nuestro medio, no existen estudios que reporten el uso de estos medicamentos y sus desenlaces posteriores. **Objetivo:** describir el uso de medicamentos extrahospitalarios en pacientes con COVID-19 y su relación con desenlaces ventilatorios y mortalidad. **Metodología:** estudio observacional analítico, de cohorte retrospectiva, se incluyeron 984 pacientes, mayores de 18 años, con prueba positiva para COVID-19, hospitalizados entre 1 de agosto de 2020 y 31 de agosto de 2021 en un hospital de III nivel en Bucaramanga. Se excluyeron embarazadas, pacientes con anemia severa (<7 g/dL) o con fragilidad severa. El análisis estadístico se realizó en STATA 14, utilizando modelos de regresión logística con posterior modelamiento ajustado a variables clínicas. **Resultados:** 60,1% de la población eran hombres, con edad mediana de 59 años (RI 47-69). Al ingreso solo 13,43% reportaron uso extrahospitalario de dexametasona, 2,9% de prednisolona, 3,46% de ivermectina y 7,32% de azitromicina. El uso de dexametasona se relaciona con mayor riesgo de mortalidad, neumonía severa y requerimiento de ventilación mecánica (VM) (OR 1,80; IC95%: 1,12-2,88). El uso de azitromicina y prednisolona también se relacionaron con una mayor probabilidad de neumonía severa, mientras que la ivermectina no mostró efecto sobre los desenlaces. **Discusión:** los corticoides, empleados de forma temprana, se asociaron a mayor frecuencia de neumonía severa, mientras que la azitromicina mostró resultados contradictorios, posiblemente explicados por sesgo de selección. La ivermectina no tuvo impacto en los desenlaces clínicos. **Conclusión:** nuestros hallazgos sugieren automedicación en menor proporción a la reportada en la literatura y asociación con desarrollo de neumonía severa por automedicación con dexametasona; lo que apoya las recomendaciones actuales en evitar la automedicación en COVID-19.

Palabras clave: COVID-19; Automedicación; Autocuidado; Autoadministración; Azitromicina; Dexametasona; Ventilación Mecánica; Neumonía.



* Autor de Correspondencia:

Nombre: Darlyn Dayana Castillo-Díaz

Correo: darlyncastillomd@gmail.com

Filiación Institucional: Universidad Industrial de Santander

Dirección: Cra. 32 #29-31, Bucaramanga, Colombia

Forma de citar: García-León SJ, Castillo-Díaz DD, Figueroa-Pineda CL, Rodríguez-Burbano L. Uso extrahospitalario de medicamentos en pacientes con COVID-19 previo al ingreso a hospital de tercer nivel en Bucaramanga. Salud UIS. 2026; 58: e26v58a05. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.58.e26v58a05>



Abstract

Introduction: During the COVID-19 pandemic, the use of medications such as antibiotics and corticosteroids outside of hospitals became frequent, despite the lack of supporting evidence. In our setting, no studies have reported on the use of these medications and their subsequent outcomes. **Objective:** To describe the use of medications outside of hospitals in patients with COVID-19 and its relationship with ventilatory outcomes and mortality. **Methodology:** This was an observational, analytical, retrospective cohort study. 984 patients, over 18 years of age, with a positive COVID-19 test, hospitalized between August 1, 2020, and August 31, 2021, at a level III hospital in Bucaramanga, were included. Pregnant women and patients with severe anemia (<7 g/dL) or severe frailty were excluded. Statistical analysis was performed using STATA 14, employing logistic regression models with subsequent adjustment for clinical variables. **Results:** 60.1% of the population were male, with a median age of 59 years (IQR 47-69). At admission, only 13.43% reported outpatient use of dexamethasone, 2.9% of prednisolone, 3.46% of ivermectin, and 7.32% of azithromycin. Dexamethasone use was associated with a higher risk of mortality, severe pneumonia, and the need for mechanical ventilation (MV) (OR 1.8; 95% CI 1.12-2.88). Azithromycin and prednisolone use were also associated with a higher probability of severe pneumonia, while ivermectin showed no effect on the outcomes. **Discussion:** Corticosteroids, when used early, were associated with a higher frequency of severe pneumonia, while azithromycin showed contradictory results, possibly explained by selection bias. Ivermectin had no impact on clinical outcomes. **Conclusion:** Our findings suggest self-medication was less prevalent than reported in the literature and is associated with the development of severe pneumonia due to self-medication with dexamethasone; this supports current recommendations to avoid self-medication in COVID-19.

Keywords: COVID-19; Self-Medication; Self-Care; Self-Administration; Azithromycin; Dexamethasone; Mechanical Ventilation; Pneumonia.

Introducción

Durante la pandemia por COVID-19 no solo enfrentamos el reto de una enfermedad desconocida, sino también la propagación de múltiples prácticas terapéuticas sin respaldo científico. Entre ellas, la automedicación ocupó un lugar importante, en especial con el uso de corticosteroides, antibióticos y antiparasitarios fuera del ámbito hospitalario^{1,2}.

La automedicación, entendida como el consumo de fármacos sin prescripción ni supervisión médica, conlleva riesgos bien conocidos: interacciones, enmascaramiento de síntomas, retraso en la atención o resistencia antimicrobiana. En el contexto de COVID-19, estos riesgos se potencian, pues el uso precoz e inadecuado de corticoides puede suprimir la respuesta inmune y favorecer la progresión de la infección, mientras que antibióticos como la azitromicina, en ausencia de infección bacteriana, no ofrecen beneficio clínico y sí aumentan la resistencia^{2,3}.

Los estudios internacionales muestran una amplia variabilidad en la automedicación durante la pandemia. En India, casi un tercio de los pacientes reportó automedicarse con diferentes fármacos⁴. En Alemania, tres de cada cuatro pacientes ambulatorios recurrieron a medicamentos de libre acceso⁵. Un metaanálisis global estimó la prevalencia en 41,7%⁶. En América Latina, además de corticoides y antibióticos, se popularizó el uso de ivermectina e hidroxiquina, a pesar de que los ensayos clínicos demostraron su ineficacia^{7,8}.

Hasta la fecha, en Colombia no existen estudios específicos sobre el uso de medicamentos previo a la hospitalización por COVID-19 y su relación con desenlaces posteriores en estos pacientes. Sin embargo, la importancia de evaluar cómo los medicamentos ambulatorios pueden afectar los resultados clínicos en pacientes con COVID-19 radica en que identificar el uso de medicamentos y cómo estos se asocian con mejores o peores desenlaces podría guiar futuras estrategias terapéuticas y de manejo. En consecuencia, el objetivo fue describir el tipo de medicamentos utilizados para automedicarse durante la pandemia y describir su relación con los desenlaces clínicos en una cohorte de pacientes hospitalizados por COVID-19 en Bucaramanga, Colombia.

Metodología

Diseño del estudio: estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva, realizado en un hospital universitario de tercer nivel en Bucaramanga, Colombia. El periodo de análisis comprendió desde el 1 de agosto de 2020 hasta el 31 de agosto de 2021, lo que abarcó los tres principales picos de la pandemia en Santander.

Participantes: se incluyeron 984 pacientes hospitalizados entre 1 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2021.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con prueba rápida de antígeno o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para COVID-19, hospitalizados entre el 1 de agosto de 2020 y el 31 de agosto de 2021.

Criterios de exclusión: se excluyeron pacientes embarazadas, con anemia severa (hemoglobina <7 g/dL) y aquellos con fragilidad severa.

Definiciones

- Uso extrahospitalario de medicamentos: consumo reportado por el paciente o familiar antes de la hospitalización, corroborado con la historia clínica. Se incluyeron corticosteroides (dexametasona, prednisolona), azitromicina e ivermectina.
- Neumonía severa: definida según los criterios de la guía IDSA de neumonía grave⁹. Incluye criterios mayores, como necesidad de ventilación mecánica invasiva o shock séptico con requerimiento de vasopresores, y/ o 3 criterios menores; $FR \geq 30$ rpm, $PaO_2/FiO_2 \leq 250$, infiltrados multilobares, confusión/desorientación, uremia ($BUN \geq 20$ mg/dl), leucopenia (< 4000 células/ μ l), trombocitopenia ($< 100,000/\mu$ l), hipotermia (< 36 °C), CURB 65.
- Fragilidad severa: determinada por el equipo tratante, según valoración geriátrica, incluyendo escala de fragilidad clínica que mide la fragilidad para predecir la supervivencia y la dependencia funcional medida por Barthel, así como comorbilidad avanzada incluyendo enfermedades terminales (diagnóstico con sobrevida menor a 6 meses).
- Gravedad clínica inicial: clasificada con base en parámetros de ingreso como necesidad de oxígeno suplementario, criterios de neumonía grave y, cuando estuvo disponible, el puntaje CURB-65 y News score 2.

Recolección y control de calidad de datos

La información se obtuvo de las historias clínicas electrónicas institucionales. La base de datos se construyó en Excel y posteriormente se verificó por duplicado para reducir errores de digitación. Además, se realizó una revisión aleatoria del 10% de los registros para control de calidad. Posteriormente, los datos fueron exportados a STATA versión 14 para su análisis.

Variables

Las principales variables de exposición fueron el uso extrahospitalario de dexametasona, prednisolona, ivermectina y azitromicina.

Los desenlaces clínicos evaluados fueron:

- Neumonía severa.
- Necesidad de ventilación mecánica (VM).
- Mortalidad a la primera semana de hospitalización.
- Mortalidad al egreso hospitalario.

Como variables de ajuste se incluyeron edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo y gravedad clínica inicial.

Manejo de datos faltantes

En los casos con información incompleta, los registros se excluyeron del análisis correspondiente. No se realizó imputación estadística.

Tamaño de muestra

No se calculó un tamaño de muestra previo, dada la disponibilidad total de la población de interés, teniendo como fuente la unidad de estadística Hospital Universitario Santander. Se recogieron 1217 pacientes con diagnóstico de SARS COV 2, que ingresaron en el periodo comprendido entre agosto 2020 a agosto de 2021. Los criterios de inclusión lo cumplieron 984 pacientes y se consideró realizar el análisis total de la muestra disponible, con el fin de maximizar el poder estadístico y minimizar sesgos de selección.

Análisis estadístico

Después del aval de los comités de ética de la Universidad Industrial de Santander y del Hospital Universitario de Santander, se procedió a obtener los datos correspondientes a los objetivos de la investigación de la unidad de estadística del hospital universitario, los cuales fueron registrados de forma anonimizada (secuencia de códigos numéricos) en una base de hoja de cálculo de Excel inicialmente, y luego se llevaron al software estadístico STATA corporación 14.

Las variables continuas se evaluaron con la prueba de Shapiro-Wilk para verificar normalidad. Dado que no siguieron distribución normal, se describieron como mediana y rango intercuartílico (RIQ). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Para evaluar asociaciones, se realizaron análisis bivariados (χ^2) y modelos multivariados de regresión logística. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%, ajustando por edad, comorbilidades y gravedad inicial. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Como análisis de sensibilidad, se repitieron los modelos excluyendo variables con más del 10% de datos faltantes, sin cambios sustanciales en los resultados.

Consideraciones éticas

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario y el comité de ética Universidad industria Santander (Acta N.º 22 del 9 diciembre de 2022). El estudio fue clasificado como investigación sin riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Toda la información fue anonimizada y codificada, en cumplimiento con la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y la Declaración de Helsinki.

Resultados

Se identificaron un total de 1217 pacientes que ingresaron en el periodo comprendido entre agosto de 2020 a agosto de 2021, fecha en la que se presentaron los 3 principales picos de COVID 19, a quienes se evaluaron para determinar elegibilidad encontrando 984 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión (**Figura 1**).

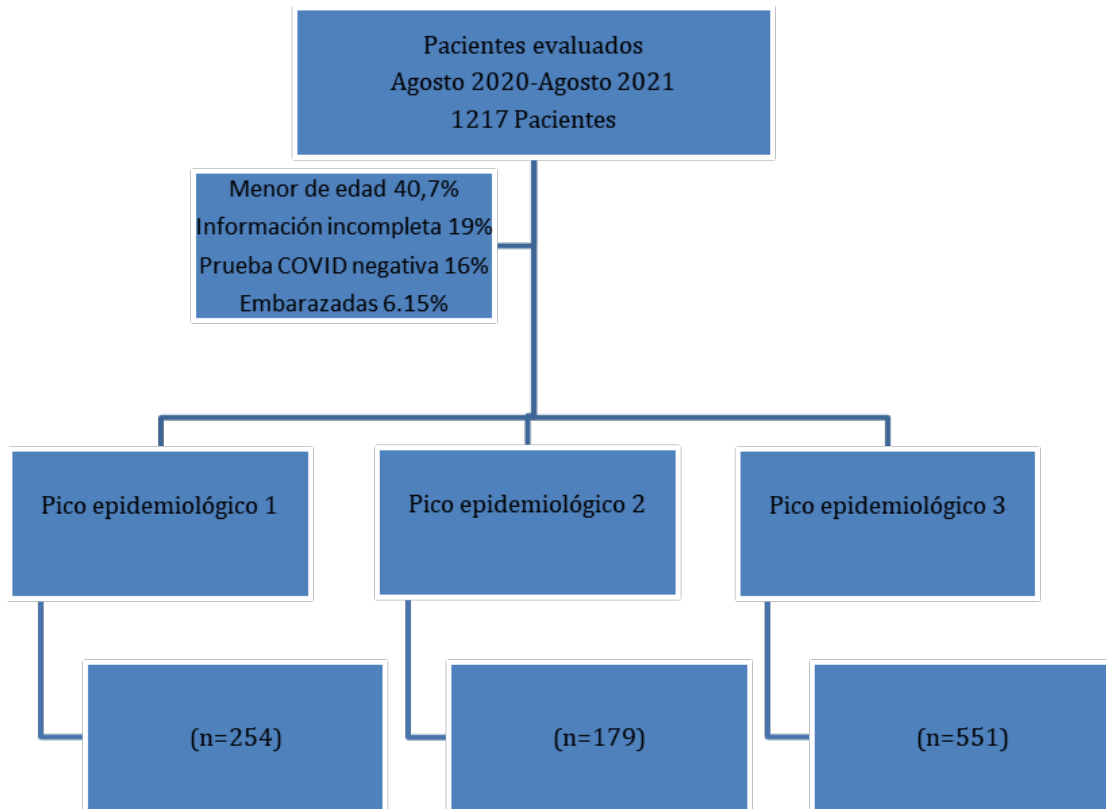


Figura 1. Flujograma de ingreso de pacientes

De la población total, el 60,98% eran hombres, con una edad mediana de 59 años (RIQ: 47-69). La mayoría de la población provenía del área metropolitana siendo el 52,66 % procedente de Bucaramanga, seguido de 8,23 % de Floridablanca; el 29.27 % de la población tenía escolaridad primaria, las principales ocupaciones reportadas fueron cesante y hogar.

Respecto a los antecedentes patológicos de la población el 36,28 % tenía hipertensión arterial, el 34,74 % obesidad y el 21,65 % tenía diabetes mellitus 2. El 22,73 % tenía antecedente de tabaquismo y el 16,11 % había consumido alcohol alguna vez en la vida. El resto de características de la población se enlistan en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes de la población (n = 984)

Características	% (n)
Sexo	
Hombres	60,98 (600)
Mujeres	39,02 (384)
Edad (mediana)	59 (RIQ: 47-69)
Escolaridad	
Primaria	29.27% (288)
Secundaria	21,24% (209)
Tecnología	4,17% (41)
Universitario	5,59% (55)
Sin escolaridad	5,69% (56)
Sin información	34,04% (335)

Características	% (n)
Ocupación	
Cesante	19,72% (194)
Hogar	19,31% (190)
Comerciante	8,23% (81)
Agricultor	3,96% (39)
Independiente	3,46% (34)
Otras ocupaciones	28,46% (280)
Sin información	16,86 % (166)
Residencia	
Bucaramanga	52,66% (518)
Floridablanca	8,23% (81)
Girón	7,52% (74)
Piedecuesta	7,32% (72)
Otras residencias	23,88% (239)
Sin información	0,39% (4)
Antecedentes	
Obesidad	34,74 (263)
Hipertensión arterial	36,28 (357)
Diabetes mellitus tipo 2	21,65 (213)
Enfermedad renal crónica	10,16 (100)
Terapia de reemplazo renal al ingreso	6,14 (52)
Tabaquismo: activo o antecedentes	22,73 (223)
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	16,11 (158)
Infarto agudo de miocardio	4,67 (46)
Enfermedad arterial oclusiva crónica	1,12 (11)
Dislipidemia	7,52 (74)

Al ingreso hospitalario, el 13,43% de los pacientes reportaron uso extrahospitalario de dexametasona, el 2,95 % de prednisolona, el 3,46 % de ivermectina y el 7,32 % de azitromicina como se muestra en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Medicamentos y/o suplementos utilizados previo al ingreso hospitalario y el % de uso de cada uno

Medicamentos y/o suplementos	% (n)
Dexametasona	13,43 (132)
Prednisolona	2,95 (29)
Ivermectina	3,46 (34)
Azitromicina	7,32 (72)
Vitamina D	2,03 (20)

En la cohorte, el 15,7% de los pacientes reportó haber consumido algún medicamento antes de la hospitalización. Los fármacos más frecuentes fueron dexametasona, prednisolona, azitromicina e ivermectina.

Corticoides (dexametasona y prednisolona)

El uso extrahospitalario de dexametasona se asoció con mayor frecuencia de neumonía severa (92,4% vs. 81,2%; $p = 0,007$). En el análisis multivariado, se mantuvo la asociación (OR 1,80; IC95% 1,12–2,88; $p = 0,014$). También se observó una tendencia hacia mayor mortalidad al egreso (53,0% vs. 43,8%), (OR 1,32; IC95% 0,99–1,74; $p = 0,053$) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Asociaciones y desenlaces, con mortalidad (mortalidad a 1 semana y mortalidad al egreso), desenlaces ventilatorios (neumonía y ventilación mecánica)

Medicamento	Neumonía severa (%)	VM (%)	Mortalidad 1 semana (%)	Mortalidad egreso (%)	OR ajustado Neumonía severa (IC95%)	OR ajustado Mortalidad egreso (IC95%)
Dexametasona	92,4 vs. 81,2*	↑	18,0 vs. 13,2	53,0 vs. 43,8	1,80 (1,12–2,88)**	1,32 (0,99–1,74)
Prednisolona	100 vs. 82,2*	↑	20,0 vs. 13,4	51,0 vs. 44,6	1,52 (0,84–2,74)	1,18 (0,77–1,81)
Azitromicina	94,4 vs. 81,8*	↑	5,6 vs. 14,3*	44,0 vs. 45,6	1,68 (0,99–2,88)	0,95 (0,66–1,37)
Ivermectina	83,3 vs. 82,5	=	14,0 vs. 13,5	46,2 vs. 45,1	1,01 (0,62–1,63)	1,02 (0,74–1,42)

* $p < 0,05$ en análisis bivariado. ** $p < 0,05$ en modelo ajustado. VM: Ventilación mecánica

El uso de prednisolona se relacionó con neumonía severa en el análisis bivariado (100% vs. 82,2%; $p = 0,043$), pero la asociación no se mantuvo en el modelo ajustado (OR 1,52; IC95% 0,84–2,74; $p = 0,170$) (**Tabla 3**).

Azitromicina

Los pacientes que consumieron azitromicina presentaron mayor frecuencia de neumonía severa (94,4% vs. 81,8%; $p = 0,023$). En el análisis multivariado, se observó una tendencia al incremento del riesgo (OR 1,68; IC95% 0,99–2,88; $p = 0,056$). No obstante, el uso de azitromicina se asoció con menor mortalidad temprana a la primera semana (OR 0,28; IC95% 0,11–0,72; $p = 0,008$) (**Tabla 3**).

Ivermectina

El consumo extrahospitalario de ivermectina no mostró asociación significativa con neumonía severa, ventilación mecánica ni mortalidad hospitalaria ($p > 0,05$ en todos los análisis) (**Tabla 3**).

Discusión

En esta cohorte de 984 pacientes hospitalizados por COVID-19, observamos que el uso extrahospitalario de medicamentos fue bajo en general y contrasta con lo hallado en la literatura; medicamentos, como corticoides fueron los más utilizados, seguidos de antibióticos como la azitromicina y los antiparasitarios tipo ivermectina en nuestra población⁷. Además, el uso de dexametasona, prednisolona y azitromicina se relacionó con una mayor frecuencia de neumonía severa. En contraste, la ivermectina no mostró asociación con ningún desenlace clínico relevante. Llamó la atención que la azitromicina apareciera vinculada a menor mortalidad en la primera semana, aunque sin impacto en la mortalidad total al egreso.

Los hallazgos con corticoides tienen una explicación clara. El ensayo RECOVERY demostró que la dexametasona solo es beneficiosa en pacientes que ya requieren oxígeno o ventilación mecánica, es decir cuadros severos de COVID-19. En quienes no tienen compromiso respiratorio, puede ser incluso perjudicial¹⁰. En nuestro contexto, es probable que muchos pacientes hayan recibido esteroides de manera temprana, antes de llegar al hospital, lo que explicaría la mayor progresión a neumonía severa e incluso la tendencia a mayor mortalidad. Con la prednisolona vimos un patrón similar; el análisis inicial sugería más riesgo, pero al ajustar por comorbilidades y gravedad la asociación desapareció, lo que indica confusión por la condición basal de los pacientes.

En el caso de la azitromicina, los resultados fueron contradictorios. Quienes la usaron llegaron con más frecuencia a neumonía severa, pero presentaron menor mortalidad en la primera semana. Esto no coincide con los grandes ensayos clínicos, como PRINCIPLE¹¹ o REMAP-CAP¹², que mostraron claramente que la azitromicina no mejora la evolución clínica ni reduce la mortalidad. Lo más probable es que el aparente “efecto protector” refleje un sesgo de selección: pacientes más jóvenes o con cuadros menos graves recibieron el antibiótico en la comunidad y sobrevivieron más fácilmente a la fase inicial, sin que esto implique un beneficio real del medicamento.

Sobre la ivermectina, nuestros resultados son consistentes con lo reportado en los ensayos clínicos más sólidos, como el TOGETHER trial, que descartaron cualquier beneficio clínico en COVID-19¹³.

Desde un punto de vista clínico, estos resultados resaltan la importancia de una evaluación cuidadosa de los tratamientos extrahospitalarios para COVID-19. Si bien algunos medicamentos han sido promovidos como potencialmente útiles, es fundamental basar su uso en evidencia robusta. En particular, el uso de azitromicina debería desalentarse en este contexto, dada su falta de eficacia y posible asociación con peores desenlaces clínicos. Además, se debe seguir monitoreando el uso de corticosteroides como la dexametasona para asegurar que se utilicen de manera óptima en los pacientes que se ha demostrado su beneficio.

Una fortaleza de este trabajo es que incluye a toda la cohorte de pacientes hospitalizados en un periodo crítico de la pandemia, lo que lo hace representativo de la práctica real. Sin embargo, el carácter retrospectivo trae limitaciones inevitables, ya que dependemos del reporte del paciente o su familia para conocer el consumo previo, y no contamos con detalles como dosis o duración de la automedicación. También es posible que algunos de los hallazgos influenciados por variables no medidas, como el momento exacto de inicio de síntomas.

En conjunto, estos resultados muestran que el uso extrahospitalario de medicamentos en COVID-19 no solo carece de beneficio comprobado, sino que puede asociarse a peores desenlaces cuando se emplea sin criterios clínicos adecuados. Esto refuerza la necesidad de guiar la práctica médica con evidencia robusta y de desalentar el uso indiscriminado de terapias que ya han demostrado ineffectividad.

Limitaciones

Estudio retrospectivo donde no se puede establecer una relación causal entre los tratamientos extrahospitalarios y los desenlaces clínicos. Además, la fuente es la información recopilada por el personal sanitario que atendió al paciente y existe un potencial sesgo de información derivado del autorreporte de los pacientes. Información recibida en paciente en mal estado general. La muestra estuvo limitada a un único hospital de tercer nivel, lo que puede no ser representativo de otros entornos. Las clasificaciones iniciales de los casos que entraban a ventilación mecánica no eran uniformes y cambiaron durante el desarrollo de la pandemia dado el aumento de disponibilidad de recursos y mayor conocimiento de la enfermedad.

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes hospitalizados por COVID-19, el uso extrahospitalario de dexametasona, prednisolona y azitromicina se asoció con una mayor frecuencia de neumonía severa, mientras que la ivermectina no mostró ningún efecto clínico relevante. Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional y sugieren que la automedicación con estos fármacos no aporta beneficio, e incluso puede empeorar la evolución de la enfermedad.

El aparente efecto protector de la azitromicina en la mortalidad temprana debe interpretarse con cautela, ya que probablemente refleja sesgos de selección más que un beneficio real. Esto subraya la importancia de no extrapolar asociaciones observacionales como efectos causales.

En conjunto, nuestros resultados refuerzan el mensaje central de las guías internacionales: el tratamiento del COVID-19 debe basarse en la mejor evidencia disponible y bajo supervisión médica. El uso inadecuado de medicamentos fuera del hospital no solo carece de eficacia, sino que puede retrasar la atención o agravar la condición de los pacientes.

Contribución de autores

SJGL Diseño del trabajo, recolección de la muestra, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo. DDCCD Recolección de la muestra, análisis e interpretación de datos; redacción del artículo. CLFP Diseño del trabajo, revisión crítica del contenido intelectual importante y edición del manuscrito final. LRB Diseño del trabajo, revisión crítica del contenido intelectual importante y edición del manuscrito final

Consideraciones éticas

El presente trabajo se adhiere a principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont y las Directrices Éticas Internacionales formuladas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Fue clasificado como una “investigación sin riesgo”, el literal “A” del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Además, cada individuo se identificará con un número consecutivo codificado y anonimizado, con el cual se le asegura el ocultamiento de su identidad, según la ley de protección de datos ley 1581 de 2012. Igualmente, se protegieron los datos personales.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este estudio fue realizado sin ninguna fuente de financiación externa.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores informan que no usaron inteligencia artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

Referencias

1. Zheng Y, Liu J, Tang PK, Hu H, Ung COL. A systematic review of self-medication practice during the COVID-19 pandemic: implications for pharmacy practice in supporting public health measures. *Front Public Health*. 2023; 11: 1184882. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1184882>
2. Sommer I, Dobrescu A, Ledingger D, Moser I, Thaler K, Persad E, et al. Outpatient treatment of confirmed COVID-19: a living, rapid review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2023; 176(1): 92-104. doi: <https://doi.org/10.7326/M22-2202>
3. NIH. COVID-19 Treatment Guidelines. National Institutes of Health. 2023. [Consultado 10 de febrero de 2025] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570371/pdf/Bookshelf_NBK570371.pdf
4. Joseph N, Singh VP, Murthy IV, Raman V, Banihatti Nagaraj M, Shetty RV, et al. Practices, awareness, and perception towards home-based COVID-19 management among the general population in Mangalore city in south India. *F1000Res*. 2021; 10: 1271. doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.74514.2>
5. Stüdemann S, Schäfer E, Hahnenkamp K, Tzvetkov M, Engeli S. Individual use of self-medication and other remedies in COVID-19 outpatients in Western-Pomerania. *Sci Rep*. 2024; 14: 21971. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72440-w>
6. Kazemioula G, Golestani S, Alavi SMA, Taheri F, Gheshlagh RG, Lotfalizadeh MH. Prevalence of self-medication during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022; 10: 1041695. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1041695>

7. López-Medina E, Lopez P, Hurtado I, Davalos D, Ramírez O, Martínez E, et al. Effect of ivermectin on time to resolution of symptoms among adults with mild COVID-19: a randomized clinical trial. JAMA. 2021; 325(14): 1426-1435. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3071>
8. Velásquez PA, Hernandez JC, Galeano E, Hincapié-García J, Rugeles MT, Zapata-Builes W. Effectiveness of drug repurposing and natural products against SARS-CoV-2: a comprehensive review. Clin Pharmacol. 2024; 16: 1-25. doi: <https://doi.org/10.2147/CPAA.S429064>
9. IDSA. Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Infectious Diseases Society of America. 2023. [Consultado 10 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>
10. RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19. N Engl J Med. 2021; 384(8): 693-704. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>
11. Macleod J, Norrie J. PRINCIPLE: a community-based COVID-19 platform trial. Lancet Respir Med. 2021; 9(9): 943-945. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00360-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00360-X)
12. The Writing Committee for the REMAP-CAP Investigators. Effect of hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: the REMAP-CAP COVID-19 corticosteroid domain randomized clinical trial. JAMA. 2020; 324(13): 1317-1329. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17022>
13. Reis G, Silva EASM, Silva DCM, Thabane L, Milagres AC, Ferreira TS, et al. Effect of early treatment with ivermectin among patients with COVID-19: the TOGETHER randomized, platform clinical trial. N Engl J Med. 2022; 386(18): 1727-1739. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2115869>