

Voces de personas con infecciones de tejidos blandos relacionadas con drogas intravenosas que buscan tratamiento de heridas: un estudio descriptivo cualitativo

RESUMEN

Antecedentes Las personas que se inyectan drogas (PWID, por sus siglas en inglés) pueden ser referidas a los servicios de urgencias para el tratamiento de infecciones de heridas o infecciones de piel y tejidos blandos (SSTI), como celulitis, abscesos y sepsis.

Métodos Este estudio cualitativo examinó las percepciones y experiencias de 20 adultos que acudieron a servicios de urgencias (ED) para el tratamiento avanzado de heridas y antibióticos. Se realizaron entrevistas a los participantes en la comunidad para explorar sus experiencias y percepciones sobre la atención recibida. Se llevó a cabo un análisis temático.

Resultados Los hallazgos caracterizan las percepciones y experiencias de las personas con SSTI en los ED, e incluyen: discusiones tempranas con médicos de la clínica, enfermeras, familiares/amigos que les aconsejaron acudir al ED; percepciones de sentirse "menos que otros"; estigmatización; la percepción de ser culpados o de haber causado intencionalmente la herida; dolor subestimado y manejo del síndrome de abstinencia; y la importancia de la educación del personal de urgencias sobre manejo del dolor y abstinencia.

Discusión Los participantes describieron el acceso a servicios comunitarios y de urgencias para sus heridas en tres provincias. Manifestaron reticencia a acudir al ED cuando se les aconsejaba, optando en su lugar por autogestionar el cuidado de las heridas. Los participantes ofrecen sugerencias para mejorar la atención en los ED, incluyendo la mejora de la prevención y educación para preparar mejor a los equipos en el manejo del dolor y los riesgos de abstinencia.

Palabras clave consumo de drogas, PWID, infecciones de piel y tejidos blandos, absceso, historias de pacientes.

Como referencia Kuhnke JL et al. Voices of persons living with intravenous drug-related soft skin tissue infections seeking wound treatment: a qualitative descriptive study. WCET™ Journal. 2026;46(1):20-25.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.46.1.20-25>

ANTECEDENTES

Las personas que se inyectan drogas (PWID) y desarrollan una infección de piel y tejidos blandos (SSTI)¹ tienen, cada una, una historia que compartir, incluyendo el autocuidado de la herida y la experiencia de acudir a los servicios de urgencias (ED).^{2,3,4} Buscar atención sanitaria no es sencillo para los PWID con SSTI,⁵

ya que se enfrentan a discriminación sistémica, estigmatización y barreras (riesgo de abstinencia, síntomas de abstinencia), mientras interactúan con el personal y esperan atención.^{6,7} En la primera parte de este estudio basado en la comunidad, aprendimos que los clientes prefieren involucrarse en tratamientos de autocuidado para abscesos y retrasan la búsqueda de tratamiento formal de heridas por parte de proveedores de atención sanitaria, como atención aguda y servicios de urgencias (ED).⁴ Por lo tanto, buscamos comprender sus percepciones y experiencias cuando se les aconsejaba acudir al ED para tratamiento avanzado de heridas.

Las PWID que viven con SSTI pueden hacer grandes esfuerzos para ocultar sus heridas a los proveedores de atención primaria, trabajadores, amigos y familiares. Antes de buscar atención sanitaria formal, muchas inician autocuidado en condiciones que no son limpias ni estériles (como drenar abscesos) y manejan las heridas con una variedad de apósitos caseros.⁷⁻¹¹ Una vez que se desarrolla una SSTI, el acceso a la atención sanitaria puede ser crítico y las personas a menudo retrasan la búsqueda de tratamiento hasta que los síntomas empeoran (como fiebre, dolor o aumento del drenaje). Además, algunas personas no reciben tratamiento hasta que se enferman gravemente, lo que puede conducir a sepsis (una respuesta inmunitaria desregulada ante la infección, que puede o no involucrar septicemia).¹² En general, las PWID que desarrollan SSTI experimentan un aumento significativo de morbilidad y mortalidad.^{13,14}

Janet L Kuhnke*

RN BA BScN MS NSWOC PhD (Psicología)
Cape Breton University, Sydney, Nova Scotia, Canadá
Correo electrónico janet_kuhnke@cbu.ca

Sharon Mackenzie¹

RN MN

Sarah Wilson¹

BScN

Monica Dutt¹

MD

Kirk Morrison¹

Máster en Sociología

¹The Ally Centre of Cape Breton, Sydney, Nova Scotia, Canadá

* Autor correspondiente

LA IMPORTANCIA DE LAS HISTORIAS

En este estudio, compartimos historias de PWID que nos conmueven a nivel personal y comunitario.¹⁵ Recogimos específicamente historias docentes centradas en personas que pueden no tener voz en el sistema de atención sanitaria. Coles (1989)¹⁶ afirma que las historias están en el corazón de la disposición para escuchar y reflexionar sobre cómo podemos ser y ofrecer atención sanitaria de manera responsable. Las historias pueden motivarnos a considerar cómo podemos reducir las barreras para las PWID con SSTI.¹⁷ Las historias son oportunidades para cuidar a personas marginadas y médicamente vulnerables de formas innovadoras.^{6,18} Por lo tanto, buscamos explorar las experiencias y percepciones de las PWID en la comunidad cuando buscaron atención por SSTI.

METODOLOGÍA

En este estudio, PWID (n=20) que tienen o han tenido SSTI participaron en entrevistas semiestructuradas³ realizadas en un lugar de su preferencia. Se utilizó una metodología descriptiva cualitativa para apoyar a los investigadores a mantenerse “cerca de sus datos y en la superficie de las palabras y eventos”.^{19, p. 334} Los elementos de confiabilidad incluyeron actividades de reflexividad (como diarios y notas de campo) y revisión de las transcripciones y temas para asegurar la exactitud.^{20,21}

Se reclutaron adultos de 18 años o más en una clínica de atención primaria sin cita previa (PCC) con enfoque en reducción de daños. Exploramos su recorrido al buscar y/o intentar acceder a atención sanitaria para heridas (como apósitos y antibióticos orales o intravenosos). Se otorgó un obsequio de 20 dólares a cada participante al finalizar las entrevistas de 20–60 minutos; 18 entrevistas fueron grabadas en audio y dos contaron con notas manuscritas. Los datos se transcribieron literalmente y se anonimizaron. Los comités de ética de investigación universitaria y del centro de reducción de daños aprobaron el estudio. No contábamos con aprobación ética para entrevistar a los equipos de los ED.

Marco conceptual: Este estudio se enmarcó en el Provincial Opioid Use and Overdose Framework, ya que enfatiza la prevención, el tratamiento y el desarrollo de servicios de cuidado de reducción de daños apropiados a lo largo del espectro del consumo de drogas.²² Las estadísticas provinciales actuales reflejan la necesidad urgente de servicios continuos de reducción de daños relacionados con el aumento de muertes por opioides.²³

Análisis: Los datos se codificaron simultáneamente utilizando software cualitativo y codificación manual. Los temas se presentan en formato de historias y se incluyen ejemplos de participantes para respaldar cada tema.²⁰

RESULTADOS

En este estudio se entrevistaron a 20 personas de la comunidad. Once identificados como hombres y nueve como mujeres. Su rango de edad fue de 18–69 años. Cada uno había vivido con una o múltiples SSTI (cuello, brazo, muñeca, rodilla, pierna inferior, pie). Los participantes compartieron historias de ED en Alberta, Ontario y Nueva Escocia. Indicaron que sus SSTI se desarrollaron por: omitir una inyección, inyectar en tejido blando, ser inyectados por otra persona, usar suministro de droga contaminado o no contaminado, y picaduras de insectos. Los participantes compartieron experiencias de múltiples abscesos y algunos incluyeron ingreso hospitalario y cuidados críticos. Compartieron detalles sobre la recepción de antibióticos orales e intravenosos. Del análisis de los datos surgieron los siguientes temas.

IMPORTANCIA DE LAS DISCUSIONES TEMPRANAS CON LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN SANITARIA

Antes de acudir al ED, los participantes describieron múltiples conversaciones (ida y vuelta) con médicos y enfermeras cuando se les aconsejaba acudir al ED para tratamiento avanzado de heridas. Los participantes reflexionaron y afirmaron que estaban “perdiendo tiempo valioso mientras trataban de decidir acudir al ED” (P10,12) durante días/semanas. Por ejemplo, un cliente puede salir de una clínica e ir directamente al ED; algunos van al ED con o sin un amigo/defensor de colegas, otros van pero no permanecen en el ED para recibir atención debido al proceso de triaje y los tiempos de espera. Algunos clientes no acuden al ED en absoluto y regresan a la PCC buscando atención de heridas más compleja por una herida que empeora días/semanas después. En este estudio, cuatro clientes gestionaron las demandas de participar en una visita al ED y regresaron a la PCC para continuar con antibióticos intravenosos (IV) y tratamiento de heridas.

EXPERIENCIAS DE SENTIRSE “MENOS QUE”

Al llegar, los participantes en el ED percibieron que eran tratados como “menos que otros”. Los informes se basaron en su consumo de drogas actual o pasado, el miedo a la abstinencia, visitas previas al ED y si habían entrado y salido del área de triaje mientras esperaban ser evaluados. Los participantes compartieron:

Hacen que no les importas. Te tratan con falta de respeto, no se te permite recibir medicamentos para el dolor, prácticamente no se te permite hacer nada (como fumar). Te tratan como la peor escoria de la tierra. No me gusta cómo funciona el sistema. Cuando vas al ED deberías recibir ayuda, pero como me estaba inyectando en ese momento, debido a mi herida me trataron como basura. Me dieron el antibiótico oral y simplemente me dejaron ir. Les estaba diciendo que quería quedarme, que no me sentía bien, que no quería hacer esto más, e hicieron que me fuera. (P1)

Lo peor es que he estado en muchos hospitales en Canadá—algunos son peores que otros. Te penalizan. Es como si fueran racistas conmigo porque soy un adicto a las agujas. Lamento decirlo, pero así es como lo dicen.” (P2)

De alguna manera te dejan en segundo plano. No se ocupan de ti en absoluto. Realmente no te tratan como un ser humano; simplemente te tratan como un drogadicto. Encuentro que eso afecta la atención sanitaria que recibes. Es como si realmente no quisieran ayudarte. Hay muchos estigmas al respecto. Incluso cuando estoy bien y voy al ED, revisan mi historial y ven las otras veces que estuve allí por abscesos y drogas, cosas así. Desde el principio, me espera un mal trato. Ojalá se pudiera hacer algo al respecto. Creo que todos deberían recibir la misma atención sanitaria, independientemente de si consumen drogas o no. (P10)

Es tu culpa. Tú lo causaste

Los participantes describieron haber escuchado declaraciones del personal del ED como “es tu culpa, o tú causaste esto” (P19, 20). Un participante compartió: “Sabes que cuando pides ayuda, no importa lo que digas, todo sale negativo. Pregunto: ¿puedo recibir un medicamento para el dolor? Ellos responden: “bueno, no deberías haber fumado esa metanfetamina” y se alejan”. (P2) Otro participante relató lo siguiente:

Terminé con tres infecciones sanguíneas. Estaba en muy mal estado, lo cual fue realmente grave para mí porque ya estaba enfermo desde el principio. Terminé yendo al ED en ambulancia.

No sabía cuán grave podía ser un absceso, sin saber que ya había entrado al sistema sanguíneo. Tenía toda la intención de acudir para recibir atención, pero seguía posponiéndolo y luego, ¡boom!, de repente me afectó, me dejó fuera de combate como un montón de ladrillos; ¡entonces necesitaba atención! He tenido abscesos antes y los he drenado yo mismo; esta vez, cuando intentaba drenarlo yo mismo, parte de él entró al torrente sanguíneo. Los adquirí por cocaína contaminada. Mirando hacia atrás ahora, no lo estaba haciendo correctamente, porque cuando lo tienes, debes drenarlo todo al principio; si lo exprimes todo el día durante 2 o 3 días, así es como la infección termina en tu torrente sanguíneo... Yo solo pensaba que se curaría con el tiempo. (P7)

Otro compartió:

Algunas de mis heridas son bastante graves y tengo que ir al hospital para realizar un drenaje. Normalmente, cuando me salen tan graves, es bastante serio. Una vez tuve uno en el brazo y perdí toda la movilidad en él; la hinchazón llegó hasta el hombro. El médico, de hecho, me maldijo y dijo: "¿quieres perder el brazo?" Cuando empecé a maldecirme, me di cuenta de que era algo bastante serio. Fue por un error con hidromorfona; se complicó rápidamente. Fue uno de los primeros que tuve. Ni siquiera sabía que podían aparecer cuando empecé a usar drogas por vía intravenosa. Después de ese incidente intenté ser más cuidadoso, pero si estás usando drogas intravenosas, es imposible. Vas a cometer un error tarde o temprano, vas a estar demasiado colocado y va a pasar. (P10)

Conozco a alguien que murió o casi muere

Los participantes compartieron que cuando se les decía que la herida era su culpa, pensaban en sus amigos/colegas que habían muerto o casi muerto por un problema similar. Varios compartieron el dolor emocional al asistir a velorios o funerales de amigos que habían fallecido.

Tuve una infección y estuve en tratamiento de la herida durante aproximadamente nueve meses. Creo que fue tan difícil porque soy consumidor, ¿verdad?, así que entro y salgo del hospital. No ayudó que me trataran tan mal allí. La primera vez que fui al triaje, mi amigo y yo estábamos enfermos, y él murió cuatro días después. (P17)

Sabes que todo el tiempo que estás intentando recibir atención en el ED estás pensando en tus amigos. Si el absceso es lo suficientemente grave, yo iría. Sin embargo, el otro día mi amigo tuvo uno — una línea — que estaba muy mal. Mi amigo no tuvo otra opción que ir al ED. Estaba enfermo, y estaba grave, estaba entrando en sepsis. Hasta que no entran en sepsis, no van al hospital. Casi murió. (P9)

FALTA DE TRANSPORTE, ESPERA Y RIESGO DE ABSTINENCIA

El transporte hacia y desde el ED fue un desafío. Los traslados al ED se realizaron en taxi con los costes cubiertos por la PCC, con familiares o amigos que los llevaban, en autobús o haciendo autostop. Mencionaron que la falta de transporte dificultaba su asistencia y las visitas de retorno a los ED (P6,12,13,15).

Al llegar al ED, los participantes describen que la espera en triaje fue muy estresante, con el miedo y el riesgo de abstinencia como la mayor preocupación.

Sentarse en el ED es un problema. Afortunadamente para mí, solo necesito dosis de 4 mg de Dialudid al día. Hay personas que lo usan con mucha más frecuencia, así que estar sentado en el ED durante siete horas no es una opción; van a entrar en abstinencia o salir a buscar drogas. Conozco personas que evitan el hospital simplemente porque no se ajusta a su horario de dosis. Tendrían que intentar introducir sus medicamentos y usarlos a escondidas. (P12)

Durante la espera en el ED, los clientes describen sentirse ansiosos (P5,14) y algunos salen del ED para regresar unas horas después. Algunos reportaron que el personal les preguntaba si estaban buscando drogas. (P4,12) Otros describieron que se les dijo que serían re-triados si salían del ED y regresaban, lo que alargaba la espera. Uno relató: "Fui y vine del triaje durante 36 horas, dormí 15 horas en la sala de espera, luego recibí atención" (P10). Otro describió "esperar 16–17 horas" (P2). Otro afirmó que una vez que pasaron el triaje "esperaron otras tres horas solos en la sala" (P3). Un participante percibió que su espera en el ED fue peor porque era usuario de drogas IV (P2). Otro indicó que tenía hambre y necesitaba un cigarrillo. "Solo necesitaba comer, tenía tanta hambre y no tenía dinero para las máquinas expendedoras, simplemente tenía que comer, estoy embarazada; me dieron algo de comida y agua". (P10)

Un participante que logró navegar exitosamente el ED compartió lo siguiente:

Odio ir al ED, a veces tengo que esperar mucho tiempo, como por esta área [muestra al investigador las cicatrices], ahora se está curando pero se infectó gravemente, mi brazo se hinchó mucho y la infección casi llegó a mi torrente sanguíneo; tuve que quedarme en el hospital como una semana. Ahora está mejor, empezó como un pequeño moretón y luego se puso muy grave; tenía mucho dolor. He estado tomando antibióticos, pero finalmente ahora está todo mejor. Retrasé la atención porque no me gusta esperar. Mi novia me obligó a quedarme. Simplemente odio la parte de la espera. Sabiendo que estás con dolor y que duele, solo esperando que te atiendan de inmediato, esa es la única parte que no me gusta. (P3)

Otro comentó: "El buen comportamiento" importaba:

Sé que ir al ED no es lo mejor, esperas mucho tiempo. Dependiendo de lo que pase, o tardan una eternidad, o te ayudan de inmediato. Depende de tu comportamiento, supongo. Si les das un comportamiento s###, ellos te van a dar un comportamiento s###. Si les das un buen comportamiento, te tratarán bien. Es así de simple. (P4)

FALTA DE COMPASIÓN, MANEJO DEL DOLOR Y CONTACTO HUMANO

Los participantes describieron falta de compasión, dolor y atención carente de contacto humano, y compartieron:

Intentaban hacerme caminar. Les decía que mi mano estaba hinchada como un globo. Les dije que era usuario de drogas IV, y me dijeron que bajara las escaleras. Dije que no podía, y me dijeron que necesitaba levantarme y caminar. Dije: 'Entonces supongo que voy a morir aquí mismo'. Estuve en el ER una noche. Me dieron antibióticos orales para el absceso y luego me dijeron que me levantara... Les estaba diciendo que quería ayuda, que realmente quería ayuda. No me siento bien, necesito ayuda. No me siento bien y les rogué. Ellos dijeron: tienes que irte. Entonces pregunté si podían darme el dinero del taxi de regreso al refugio. Así que regresé al refugio, vomité y consumí

más metanfetamina, porque ¿qué voy a hacer con mi dolor? Nunca se atendió mi dolor. (P1)

Para abordar el dolor, un participante compartió:

Aquí hay otro truco que aprendí que realmente los enfurece; me ha funcionado a mi favor mientras puedas soportar la actitud que recibirás después. Cuando se niegan a tratar mi dolor, les digo: está bien, como se niegan a tratar mi dolor, me gustaría que eso quede documentado. No les gusta. A veces no funciona y no obtienes nada. Estoy tan harta de ser ignorada, especialmente siendo mujer. Pero luego llega la siguiente enfermera, habla conmigo, y recibo tratamiento del dolor; ¿por qué varía tanto? (P10)

Los participantes describieron la necesidad de recibir consuelo, el cual pensaban que se brindaría mediante un toque reconfortante en la mano o el brazo por parte del proveedor de atención. Tres participantes compartieron que “nadie tocó mi brazo para reconfortarme” (P1,16,19). Una persona comentó: “sabes que cuando estás enfermo, solo buscas un poco de compasión, solo un poco de contacto; y no me tocaban” (P1).

Así es como lo veo: Soy la escoria de la sociedad. Cuando finalmente me atendieron después de 18 horas, entraron dos médicos y uno estaba apoyado contra la pared. Le pregunté por qué estaba ahí, y dijo que le gustan las ‘cosas asquerosas’, y yo pensé: – ¿cuál es tu problema? ¿Crees que esto es una broma? No es una broma, y esto no me pasó por inyectarme drogas, por si eso es lo que estás pensando. De todos modos, intenté cortarlo y drenarlo yo mismo y logré sacar algo, pero siguió creciendo cada vez más, así que tuve que volver al ED. Tenía un dolor horrible, así que tuve que ir al ED. Cuando fui, afortunadamente tenía fiebre, así que solo tuve que esperar 18 horas. Si no hubiera tenido fiebre, probablemente habría tenido que esperar tres días... Se suponía que debía volver allí todos los días para que me cambiaran los apósitos, pero llaman a todos los demás desde el triaje antes de atenderme. Pero vengo aquí a la clínica, y aquí te conocen un poco mejor y tratan de ayudarnos más. Cuidan de nosotros. Eso me gusta. (P14)

Otro comentó:

Recuerden, las personas son personas. No lo sé, pero realmente deberían hacer algo al respecto. Deberían tratar a las personas por igual. Solo porque no tengan seguro médico como las personas ricas, eso no debería determinar los medicamentos para el dolor. Un hombre normal que trabaja no debería estar recibiendo Dilaudid 4 cuando el tipo con marcas de pinchazos solo recibe Dilaudid 1. Es absurdo, tienen el mismo nivel de dolor, o más. (P20)

CREO QUE ME MARCARON EN ROJO

Los participantes describieron la importancia de contar con un defensor al asistir a los ED. (P1,14,15) Describieron una sensación profunda de que “los marcaron como usuarios de drogas” (P15) o “los hicieron sentir como basura” (P3) o simplemente fueron ignorados porque “estoy con dolor por el absceso” (P6). Uno comentó:

“Mi amigo y yo fuimos al ED. Insistían en que teníamos gripe cuando ambos sabíamos lo que nos pasaba, enfermedad por drogas. Les dije que no me iba a ir, y me dijeron que tenía gripe y que me fuera a casa.” Les dije que me estaba muriendo, y que moriría si no hacían algunos análisis. No me quería ir y estaba

discutiendo con la enfermera de triaje, y luego hicieron algunos análisis y, efectivamente, el médico me dio cuatro bolsas de suero intravenoso. Intentaba defender a mi amigo, pero él dijo que lo dejara pasar. Dos días después lo trasladaron por aire al centro de cuidados críticos y dos días más tarde falleció. Eso fue duro. (P9)

Me marcaron en rojo. En el refugio, tuve mi primer absceso por la picadura de una araña en el brazo y el segundo en la nalga. Fui al ED y no me tomaron en serio. Terminé yéndome. No era un sitio de inyección. Sé que los riesgos son mayores entre los usuarios de drogas intravenosas... Había ido al ED y me dijeron que tomara asiento; la enfermera de triaje ni siquiera lo revisó aunque yo estaba más que dispuesto a mostrarlo, me dijeron que estaba bien, que podía mostrárselo al médico. Esperé siete horas y no me atendieron, así que me fui. Al día siguiente, estaba nuevamente en el refugio, así que sentí que estaba empeorando, como al borde de entrar en sepsis. Entonces fui a la PCC, y creo que fue la enfermera de calle a quien se lo mostré. Ella tomó fotos y se las envió al médico, diciendo que estaba en riesgo de entrar en sepsis, ¿dónde está la humanidad? (P12)

Otro participante enfatizó la importancia de los amigos:

Sabes, lo he visto porque he estado sentado con amigos en ED que fueron allí por tratamiento de heridas. Miro a la enfermera de triaje y se puede sentir su lenguaje corporal y ver sus caras — son realmente groseros. Creo que es un poco al azar, tal vez. Tal vez no todos los enfermeros o médicos sean así, pero por lo que he visto y oído, esa es mi experiencia en los hospitales. No quiero decir que no les importe, pero quiero decir que estamos bastante abajo en la lista cuando se trata de cosas así. (P.16)

Finalmente, los participantes discutieron la necesidad de relaciones basadas en la confianza al buscar tratamiento de heridas. Describieron la importancia de que todo el personal pueda examinar la piel, las heridas y las infecciones, y comprender los riesgos de dolor y abstinencia. Los participantes que completaron su primer tratamiento con antibióticos IV en el ED y recibieron la siguiente dosis de antibióticos IV en la PCC agradecieron la facilidad de acceso y el respeto. Un participante dijo: “Las enfermeras de calle abogaron para que me pusieran los antibióticos IV en la clínica con las enfermeras de cuidado domiciliario comunitario. Empecé a ir a la PCC todos los días para mi IV y mis apósitos.” (P7) Otro participante dijo: “Preferiría venir a la PCC. Siempre me brindan atención... son increíbles” (P8) Un participante explicó lo siguiente:

Recientemente tuve un absceso de 2 cm de ancho por Wellbutrin en la pierna, que necesitaba atención inmediata, o habría perdido la pierna. Fui a ver a la enfermera de calle. Me ayudó de más maneras de las que podría expresar. Me envió a casa con todas las herramientas para cuidar la herida en casa hasta que llegara al ED, y continué regresando para el seguimiento del tratamiento. (P11).

DISCUSIÓN

Este estudio basado en la comunidad se llevó a cabo en una pequeña ciudad del este de Canadá, lo que puede haber influido en los hallazgos. Veinte participantes compartieron historias sobre la búsqueda de evaluación y tratamiento avanzado de heridas relacionadas con inyecciones en los ED de tres provincias, donde viajaban por motivos familiares y laborales. No obstante, los datos recopilados revelaron información valiosa sobre las experiencias y

percepciones de los individuos al buscar tratamiento de heridas en los ED.

Los participantes de este estudio describieron los riesgos básicos de involucrarse en el autocuidado de heridas, incluyendo infección, sepsis y muerte.^{3,4,7} También eran conscientes de la importancia de la limpieza básica de la herida y de cubrirla adecuadamente.²⁴ Los participantes describieron la necesidad de más educación preventiva para los clientes y acceso a los suministros necesarios para el cuidado de heridas. Por ejemplo, en este estudio, los participantes podían acceder cinco días a la semana a servicios básicos de cuidado de heridas en la PCC de atención primaria sin cita previa, gestionados por enfermeras; este programa facilita el acceso a los suministros.³ Pero para los clientes que requieren cuidado avanzado de heridas, manejo de infecciones con medicación intravenosa y evaluación compleja de heridas, es necesario acudir al ED para una evaluación integral, pruebas y estudios de imagen.

Antes de acudir al ED para tratamiento avanzado de heridas, la mayoría de los participantes describió haber tenido múltiples conversaciones con médicos de la clínica comunitaria, enfermeras, farmacéuticos, compañeros de trabajo/defensores y familiares, quienes todos les aconsejaron acudir al ED para tratamiento avanzado de heridas (como estudios de imagen, análisis de sangre, antibióticos IV). Los participantes a menudo describieron los riesgos de infección y relataron un profundo sentimiento de temor al ser aconsejados a acudir al ED para tratamiento de heridas. Sus decisiones estaban influenciadas por las historias de amigos y colegas que murieron o casi murieron por eventos similares de sepsis relacionados con heridas. Además, temían la abstinencia, la falta de tratamiento o de compasión relacionada con la abstinencia y estar “en síndrome de abstinencia”.^{23,p11} Esto fue similar a los relatos en la bibliografía, donde los participantes describieron múltiples razones para no acudir o abandonar el ED.⁷ Los retrasos para acudir al ED incluían que los participantes se preocuparan por: el estigma del consumo de drogas; el dolor; ser identificados como buscadores de drogas; miedo a la abstinencia; pérdida del trabajo; costes de transporte hacia/desde el ED; traumas previos y mayor marginación.^{2,3,7,25-27}

Al igual que en los relatos de la bibliografía, los participantes percibieron impaciencia con los procesos de triaje y los tiempos de espera del ED; admitieron que si necesitaban consumir droga, si su dolor no se manejaba y si entraran en abstinencia^{28,29} abandonarían el ED, y al irse no todos regresarían.

Finalmente, los participantes percibieron que el personal del ED tenía un estigma negativo hacia las PWID. Creen que la educación regular y repetida ayudaría al personal a entender que las SSTI no son autoinfligidas y que no todos buscan drogas. Los participantes perciben que las creencias del personal del ED influenciaban la manera en que realizaban el triaje y, posteriormente, el tratamiento. Los participantes creen que las actitudes y prejuicios del personal del ED resultan en retrasos en la atención de heridas y aumentan el riesgo de infección/sepsis. Se perciben a sí mismos como “menos que otros” y, por lo tanto, quedan al final de la lista de triaje del ED.

CONCLUSIÓN

Los participantes identificaron áreas de mejora. Creen que los antibióticos IV podrían administrarse en clínicas comunitarias donde existan relaciones basadas en la confianza. Los participantes afirman que se deberían ofrecer programas regulares y repetidos de educación sobre manejo del dolor y abstinencia al personal

del ED,^{28,29} reduciendo así el estigma y la discriminación.^{2,3,4} Discutieron la necesidad de más investigación para entender si buscar atención en el ED por problemas relacionados con heridas era la opción más adecuada para personas con problemas de salud mental y adicciones. En general, los participantes recomendaron la educación como clave para la prevención y mejora del cuidado de heridas y las infecciones relacionadas en los ED. También reconocieron que los desafíos y demandas en cualquier ED son numerosos, y que las limitaciones financieras y de personal complican el acceso a un tratamiento oportuno de heridas.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Existen limitaciones en este estudio que deben ser reconocidas. Se necesita investigación adicional para conocer las perspectivas del personal del ED en el triaje y manejo de la atención a los clientes. Este estudio se basó en las historias de 20 participantes que aceptaron compartir sus percepciones durante el período del estudio. De manera similar a la bibliografía previa, es posible que algunos clientes acudan directamente al ED por heridas relacionadas con inyecciones de drogas que no se incluyen en este estudio comunitario.³⁰

El personal del ED no fue entrevistado, ya que este estudio cualitativo basado en la comunidad se centró exclusivamente en capturar las experiencias e “historias docentes” de las PWID al buscar atención por SSTI. Esto mantuvo las experiencias vividas de las personas que navegan la atención de heridas y los servicios del ED en primer plano. El plan de difusión es compartir los hallazgos con el personal del ED y, potencialmente, dar seguimiento a sus perspectivas sobre los conocimientos obtenidos en un estudio futuro. Actualmente, no se dispone de financiación para reunirse, entrevistar y analizar los hallazgos con el personal del ED.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los participantes por compartir sus percepciones, experiencias y recomendaciones.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores recibieron financiación para este estudio de Cape Breton University.

REFERENCIAS

1. Baddour LM. Patient education: Skin and soft tissue infection (cellulitis). UpToDate; 2025. <https://www.uptodate.com/contents/skin-and-soft-tissue-infection-cellulitis-beyond-the-basics>
2. Gilbert AR, Hellman JL, Wilkes MS, Rees VW, Summers PJ. Self-care habits among people who inject drugs with skin and soft tissue infections: a qualitative analysis. *Harm Reduc J.* 2019;16:1–11.
3. Harris RE, Richardson J, Frasso R, Anderson ED. Experiences with skin and soft tissue infections among people who inject drugs in Philadelphia: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend.* 2018;187:8-12. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.01.029
4. Kuhnke JL, Jack-Malik S, Maxwell S, Bickerton J, Porter C, Kuta-George N. Self-treatment of abscesses by persons who inject intravenous drugs: a community-based quality improvement inquiry. *WCET™ Journal.* 2023;43(1), 28–34.
5. Dahlman D, Håkansson A, Kral AH, Wenger L, Ball EL, Novak SP. Behavioral characteristics and injection practices associated with skin and soft

- tissue infections among people who inject drugs: A community-based observational study. *Substance Abuse*. 2017;38(1):105–112.
6. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J*. 2020; 17:53. doi: 10.1186/s12954-020-00399-8
 7. Mayer S, Langheimer V, Nolan S, Body J, Small W, McNeil R. Emergency department experiences of people who use drugs who left or were discharged from hospital against medical advice. *PLoS One*. 18(2): e0282215.
 8. Hope VD, Parry JV, Ncube F, Hickman M. Not in the vein: 'missed hits', subcutaneous and intramuscular injection and associated harms among people who inject psychoactive drugs in Bristol, United Kingdom. *Int J Drug Policy*. 2016;28:83–90.
 9. Asher AK, Zhong Y, Garfein RS, Cuevas-Mota J, Teshale E. Association of self-reported abscess with high-risk injection-related behaviors among young persons who inject drugs. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2019;30:142–150.
 10. Sanchez DP, Tookes H, Pastar I, Lev-Tov H. Wounds and skin and soft tissue infections in people who inject drugs and the utility of syringe service programs in their management. *Adv Wound Care*. 2021;10:571–582.
 11. Ramakrishnan K, Salinas RC, Higuera NIA. Skin and soft tissue infections. *Am Fam Physician*. 2015;92:474–488.
 12. Bullock B, Benham MD. Bacterial Sepsis. [May 21, 2023]. StatPearls Publishing; 2025. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537054/
 13. Saldana CS, Vyas DA, Wurcel AG. Soft tissue, bone, and joint infections in people who inject drugs. *Infect Dis Clin North Am*. 2020;34(3):495–509. doi:10.1016/j.idc.2020.06.007
 14. National Harm Reduction Coalition. Getting offright: a safety manual for injection drug users. <https://harmreduction.org/issues/safer-drug-use/injection-safety-manual/potential-health-injections/>
 15. Coles, R. (Ed.) (2004). *Teaching stories: An anthology on the power of learning and literature*. New York: The Modern Library.
 16. Coles, R. (1989). *The call of stories: Teaching and the moral imagination*. Houghton, Mifflin and Company.
 17. Mate G. *In the Realm of Hungry Ghosts*. Penguin Random House; 2018.
 18. Liamputtong P. *Researching the Vulnerable*. SAGE Publications, Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781849209861>
 19. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23:334–340.
 20. Creswell JW. *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. SAGE; 2015.
 21. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research a Practical Guide for Beginners*. SAGE; 2013.
 22. Nova Scotia Government Department of Health and Wellness. Nova Scotia's opioid use and overdose framework; 2017. <https://novascotia.ca/opioid/>
 23. Government of Nova Scotia. Opioid use and overdose strategy. 2025, Jan 24. <https://novascotia.ca/opioid/>
 24. Phillips KT, Stein MD, Anderson BJ, Corsi KF. Skin and needle hygiene intervention for injection drug users: results from a randomized, controlled Stage I pilot trial. *J Subst Abuse Treat*. 2012;43(3):313–321. doi:10.1016/j.jsat.2012.01.003
 25. McNeil R, Shannon K, Shaver L, Kerr T, Small W. Negotiating place and gendered violence in Canada's largest open drug science. *Int J Drug Policy*. 2014;25:608–615.
 26. Hope VD, Parry JV, Ncube F, Hickman M. Not in the vein: 'missed hits', subcutaneous and intramuscular injection and associated harms among people who inject psychoactive drugs in Bristol, United Kingdom. *Int J Drug Policy*. 2016;28:83–90.
 27. Asher AK, Zhong Y, Garfein RS, Cuevas-Mota J, Teshale E. Association of self-reported abscess with high-risk injection-related behaviors among young persons who inject drugs. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2019;30:142–150.
 28. Herring AA, Perrone J, Nelson LS. Managing opioid withdrawal in the emergency department with buprenorphine. *Pain Management and Sedation/Expert Clinical Management*, 2018;73:481–487.
 29. Mentoring, Education, and Clinical Tools for Addiction. 2025. <https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/EDReferenceGuide.pdf>
 30. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Shang R, Wood E, Montaner JSG, Kerr R, Romnes MG. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wound of community-based inject drug users. *Epidemiol. Infect*. 2010;138:713–720.