

Autotratamiento de abscesos por personas que se inyectan drogas intravenosas: una investigación comunitaria para la mejora de la calidad

RESUMEN

Objetivo Este estudio tenía dos objetivos. En primer lugar, comprender y luego describir las experiencias de las personas que se inyectan drogas (PWID) y que utilizan tratamiento(s) de autocuidado para hacer frente a los abscesos cutáneos y tisulares resultantes. A continuación, comprender y describir sus trayectorias y experiencias con la prestación de servicios sanitarios formales.

Métodos Se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez adultos con experiencia en abscesos, que practican tratamientos de autocuidado y utilizan servicios sanitarios formales en Nueva Escocia (Canadá).

Resultados Los participantes vivían con abscesos y utilizaban diversas estrategias de autotratamiento, incluido el apoyo de amigos. Los participantes aplicaron tratamientos progresivos de autocuidado a medida que empeoraban los abscesos. Eran reticentes al uso de los servicios sanitarios oficiales. Por último, los participantes debatieron la importancia de la educación. Además, compartieron sus ideas sobre cómo mejorar la prestación de servicios.

Conclusiones Los participantes describieron sus vidas, incluida su trayectoria hacia el consumo de drogas intravenosas. También describieron los tratamientos de autocuidado que utilizaron para curar los abscesos resultantes. Recurrían a estos tratamientos de autocuidado por su reticencia a utilizar los servicios sanitarios formales. Desde la perspectiva de la mejora de la calidad, los participantes esbozaron sugerencias para: 1) ampliar las horas de servicio en la clínica comunitaria de atención de heridas y en el centro; 2) permitir que los farmacéuticos incluyan la prescripción de antibióticos tópicos y orales; 3) promover la educación en prevención de abscesos para clientes y proveedores de atención sanitaria; y 4) prácticas prometedoras para la prestación de una atención respetuosa durante las visitas de atención de emergencia.

Palabras clave abscesos, tratamiento de autocuidado, personas que se inyectan drogas, mejora de la calidad

Como referencia Kuhnke JL et al. Self-treatment of abscesses by persons who inject intravenous drugs: a community-based quality improvement inquiry. WCET[®] Journal 2022;43(1):28-34

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.43.1.28-34>

Presentado el 8 de agosto de 2022, aceptado el 19 de octubre de 2022

Janet L Kuhnke*

RN BA BScN MS NSWOC
Universidad Cape Breton - Enfermería
1250 Grand Lake Road, Sydney, Nueva Escocia B1P 6L2, Canadá
Correo electrónico janet_kuhnke@cbu.ca

Sandra Jack-Malik

Doctorado (Educación)
Facultad de Educación y Salud, Universidad de Cape Breton

Sandi Maxwell

BA Soc(Honours)
Ayudante de investigación, Universidad Cape Breton

Janet Bickerton

RN BN MEd (Co-Investigadora-CI)
Coordinadora de Servicios de Salud, The Ally Centre of Cape Breton,
Sydney, Nova Scotia

Christine Porter

El Centro Ally de Cape Breton, Sídney, Nueva Escocia

Nancy Kuta-George

RN
Wound Care Clinic, Victorian Order of Nurses, Membertou,
Cape Breton, Nueva Escocia

** Autor correspondiente*

INTRODUCCIÓN

Las personas que se inyectan drogas por vía intravenosa (PWID) normalmente intentan inyectarse en una vena utilizando una aguja hipodérmica y una jeringuilla¹. Cuando no alcanzan la vena (golpe fallido), pueden provocar lesiones en la piel y los tejidos blandos (SSTI), celulitis y/o formación de abscesos en diversas localizaciones anatómicas²⁻¹¹. Un absceso contiene una acumulación de pus en la dermis o la subdermis y se caracteriza por dolor, sensibilidad, enrojecimiento, inflamación e infección¹². Larney et al¹³ informaron de una prevalencia a lo largo de la vida (6-69%) de las SSTI y abscesos para las PWID. Éstas suelen estar

causadas por infecciones bacterianas (*Staphylococcus aureus*, *S. aureus resistente a la meticilina*) y pueden conducir al desarrollo de trombosis venosa profunda, osteomielitis, septicemia y endocarditis, aumentando así la morbilidad y la mortalidad¹⁴⁻¹⁶.

Los abscesos requieren una atención rápida para minimizar las complicaciones resultantes. Esta atención suele incluir visitas a urgencias y hospitalizaciones¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, las PWID evitan acudir a los servicios sanitarios formales (p. ej., centros de salud, consultorios médicos, equipos de atención de urgencias) por diversas razones, por lo que a menudo recurren a tratamientos de autocuidado²⁰⁻²². Entre los motivos de su reticencia a utilizar los servicios sanitarios formales se encuentran los largos tiempos de espera en las clínicas y en urgencias, el hecho de ser juzgados y sentirse discriminados por los profesionales sanitarios, con la consiguiente experiencia de sentirse marginados²³, y ser preguntados sobre su consumo de drogas^{24,25}. Además, las PWID pueden retrasar el acceso a los servicios sanitarios formales por miedo a la abstinencia de drogas y a un tratamiento inadecuado del dolor²⁶. La reticencia para buscar y utilizar servicios sanitarios formales puede dar lugar a tratamientos de autocuidado, incluidos los intentos de extirpar y drenar los abscesos²⁰⁻²².

Nuestro objetivo era comprender y describir las experiencias de las PWID que viven con el VIH y que utilizan tratamientos de autocuidado, así como comprender y describir su recorrido y sus experiencias con la prestación de servicios sanitarios formales. También queríamos escuchar y registrar sus recomendaciones para mejorar los servicios. Este era un objetivo importante de la investigación porque tiene el potencial de prevenir y disminuir el número de abscesos que dan lugar a visitas e ingresos hospitalarios y, en última instancia, disminuir el número de muertes y sufrimientos relacionados.

Marcos que guían este estudio

Basándonos en el enfoque de reducción de daños del *marco de uso y sobredosis de opiáceos* de Nueva Escocia²⁷ y utilizando un enfoque de mejora de la calidad²⁸, intentamos realizar entrevistas semiestructuradas con las PWID para comprender sus experiencias y sus recomendaciones sobre cómo mejorar la atención comunitaria de los abscesos. Freire orientó este estudio y nuestro enfoque cuando escribió "... la existencia humana no puede ser silenciosa, ni puede nutrirse de palabras falsas, sino sólo de palabras verdaderas, con las que hombres y mujeres transforman el mundo"^{29(p88)}. Sabiendo que gran parte del sufrimiento y las muertes resultantes son evitables, nuestro objetivo era escuchar atenta y respetuosamente a los participantes, de modo que sus voces se convirtieran en parte de la solución.

MÉTODOS

El estudio se realizó en colaboración con un centro de reducción de daños (el centro) e investigadores universitarios. Se recogieron datos cualitativos de las PWID mediante entrevistas semiestructuradas^{30,31}. Se realizaron varias visitas al centro para desarrollar la confianza con el equipo del centro y los posibles participantes^{32,33}. El centro ofrece servicios de atención primaria a poblaciones como las que padecen trastornos por consumo de sustancias, las personas sin hogar y los profesionales del sexo^{34,24}. La financiación del estudio corrió a cargo de una beca de difusión de la investigación de la Universidad Cape Breton.

Participantes

Participaron diez adultos (PWID y mayores de 18 años) que experimentaron absceso(s), se sometieron a tratamiento(s) de autocuidado, utilizaron servicios sanitarios formales y expresaron su interés en la entrevista en el momento de la recogida de datos.

Recogida de datos

El equipo del centro se puso en contacto con los adultos que accedían a él para ver si querían participar. Las entrevistas se realizaron en un espacio tranquilo elegido por los participantes y se les ofreció un refrigerio. Se realizaron entrevistas de 45-60 minutos utilizando un guión semiestructurado. Una vez completadas las cuatro, escuchamos las entrevistas (triangulación) para asegurarnos de que las preguntas se formulaban con respeto y daban lugar a datos útiles²⁸. Las preguntas de la entrevista exploraron los conocimientos de los participantes sobre el riesgo de absceso, las características de un absceso, la educación sobre prácticas seguras de inyección, incluida la higiene de la piel, y las experiencias al utilizar los servicios sanitarios. También se invitó a los participantes a que describieran recomendaciones para mejorar la atención a los abscesos. Comunicamos periódicamente al equipo los avances del estudio. A lo largo de todo el estudio nos adherimos a las directrices sobre pandemias³⁵.

Ética de la investigación

El estudio fue aprobado por la Universidad de Cape Breton. Los adultos que cumplían los criterios de inclusión recibieron, debatieron y fueron invitados a preguntar y a que se respondiera a sus preguntas. Se facilitó una carta informativa y se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Los datos recogidos incluían sexo, edad, edad del primer absceso, productos, medicamentos utilizados para autotratarse, y cuándo y a quién acudieron para recibir atención sanitaria formal. Se entregó una tarjeta regalo de 25 dólares canadienses a cada participante una vez finalizada la entrevista.

Análisis de datos

Los datos se grabaron, se aseguraron y se transcribieron literalmente³⁰⁻³². Leemos y releemos las transcripciones en busca de patrones y temas. Del análisis surgieron cuatro temas: 1) falta de conocimiento experiencial; 2) progresión de las estrategias de autotratamiento; 3) utilización de la asistencia sanitaria formal; 4) la educación importa; no hay que precipitarse. Debatimos los temas para asegurarnos de captar la esencia de las historias de los participantes. Los resultados se presentan en formato narrativo con las citas de los participantes incluidos; se eliminaron las características identificativas y se editaron los comentarios para mayor claridad.

HALLAZGOS

Participaron diez personas, cuatro mujeres y seis hombres, que habían padecido uno o más abscesos (edad media: 38,5 años; intervalo: 29-51 años). Cinco participantes no estaban seguros de la fecha de su primer absceso, dos identificaron un intervalo de fechas y tres conocían la fecha concreta, ya que incluían un acontecimiento hospitalario crítico. Un participante tenía una infección cutánea activa y siete mostraban la localización de uno o más abscesos cicatrizados (Tabla 1).

Tema 1: falta de experiencia

Al inyectarse drogas por primera vez, los participantes describieron un conocimiento limitado de las infecciones cutáneas, la celulitis

y los abscesos. Un participante dijo: "Creía que era el usuario perfecto, nunca pensé que me saldría un absceso". Otro declaró: "No sabía lo que era el enrojecimiento, la celulitis; me lo enseñó una enfermera. No sabía que se había convertido en un absceso porque seguía haciendo deporte". Otro participante conocía los riesgos y pensaba que los abscesos eran inevitables: "¡Sabía que te los puedes hacer donde te inyectes!" La comprensión de los riesgos varía según los participantes:

El absceso, era tan, tan doloroso. No podía dormir, tenía miedo; no sabía lo que era. ¡Mi mano estaba que explotaba! No podía trabajar. No fue hasta que alguien me dijo que mi mano estaba infectada cuando entré en pánico. Acabé yendo al hospital.

La píldora o la suciedad de la cocaína o lo que se haya añadido se acumulará en tu sistema y causará un absceso, lo aprendí con el tiempo. La aguja sucia y el agua lo empeoraron. Tu cuerpo expulsa la sustancia extraña, tienes dolores de cabeza, estás cansado, toda tu sangre se dirige a la herida para intentar curarla. La zona está caliente. Se siente como si te arrastrara hacia la muerte. Creí que me moría.

El dolor era extremo e insoportable. Escondí las heridas. Solía perderme la vena si temblaba y me apresuraba a inyectarme. Algunas pastillas como Ritalin, hidromorfona, Dilaudid y Effexor eran peores que otras. No los obtuve de la cocaína. Tenía abscesos en las manos, muñecas y tobillos. Las infecciones me provocaron abscesos dentales, perdí todos los dientes y llevo dentadura postiza.

Tema 2: progresión de las estrategias de autotratamiento

Los participantes describieron la realización de tratamiento(s) de autocuidado del absceso e identificaron las medidas adicionales adoptadas si el absceso empeoraba. También describieron un dolor extremo al presionar el absceso o abscesos con los dedos para reventarlos o apretarlos, o al utilizar una navaja, cuchillas quirúrgicas o una aguja grande para extirpar, drenar o extraer la infección de la zona o zonas infectadas. Estas actividades pueden

tener lugar en la cocina, el cuarto de baño (por ejemplo, en el trabajo, en la vía pública o en casa) o el dormitorio, solo o con un amigo. Un participante describió su autocuidado:

Para limpiarlo uso jabón, agua o lo que encuentre. Intento mantenerlo cubierto. Yo mismo uso agujas o cuchillas limpias para extirparlo. Si no se vuelve a llenar de cosas, lo dejo. He metido pan en ellos antes, el pan se pone verde y quita la infección. Ayuda. He tenido bastantes, la última fue en el dedo. Ahora está bien, pero estaba descolorido. Estos no eran los desagradables. He tenido que limpiarme abscesos en las manos y las piernas, pero no eran tan graves como para tener que ir al hospital. Cuando los tengo malos, me agotan físicamente, literalmente como si me arrastrara, exhausto.

Los participantes explicaron que el tratamiento o tratamientos de autocuidado cambiaban a medida que el absceso empeoraba. Por ejemplo:

Si estuviera infectado, conseguiría media receta de antibióticos de otra persona. Bebí agua para eliminar la infección. Mantuve un paño facial encima del absceso para recoger el drenaje. Es importante limpiar primero la piel con bastoncillos con alcohol para reducir las bacterias. Utilicé pomada antibiótica en los pequeños abscesos a menos que el enrojecimiento no desapareciera. Me dieron pastillas antibióticas gratis, algunos las cobran, pero yo no, eso es mezquino. A veces usaba una toallita caliente en la zona. Yo mismo drené los abscesos, uso aloe, un antibiótico tópico, y si empeora, intento conseguir un antibiótico oral de un amigo sin coste alguno, no es bueno cobrar dinero ya sabes, podrías morir. Trato de conseguir un suministro para tres días. Al principio, no sabía qué hacer. Empecé a tratar el absceso con agua caliente, luego fría y después con ambas. Compré una bolsa de calor para ponérselo y sacar la infección. Se lo conté a las enfermeras del centro y trazaron una línea alrededor. Estas son mis cicatrices de seis, tres y dos pulgadas. ¿Ves la longitud? Había malos.

Tabla 1. Descripción de los tratamientos de autocuidado por parte de los participantes

Persona	Edad (años)	Edad del primer absceso (años)	Tratamientos y productos de autocuidado	Localización del absceso cicatrizado
1	29	28, 29	Pomada antibiótica tópica, mantenerse hidratado	Cuello
2	32	No estoy seguro	Aloe, manteca de cacao, bálsamos, hisopos con alcohol	-
3	51	No estoy seguro	Pomada antibiótica tópica, mantenerse hidratado	Antebrazo
4	28	No estoy seguro	Cremas (no estoy seguro de los nombres)	-
5	47	30s	Pomada antibiótica tópica, paños calientes, cataplasma de pan, peróxido de hidrógeno, pañuelo de papel, toalla de papel	Cuello, mano, antebrazo, dedos
6	35	16	Pomada antibiótica tópica, tener preparado un botiquín de urgencia por si acaso, compresas frías y calientes	Parte superior interna del brazo, cuello, manos
7	42	40s	Pomada antibiótica tópica	Codo, mano
8	50	45	Pomada antibiótica tópica, paños calientes, bastoncillos con alcohol, comer pimienta negra, mantas para crear sudor, inyectar agua para alejar la infección.	Muñeca (múltiple), antebrazo, tobillo (múltiple), mano
9	29	27	Pomada antibiótica tópica	Brazo con entumecimiento residual. Tengo pequeños, pero se van
10	39	No estoy seguro	Pomada antibiótica tópica	Tobillo, cuello

Los amigos me ayudan

Un participante dijo que, cuando tiene un absceso, puede contárselo a su pareja o a un amigo. Los participantes afirmaron que sus parejas o amigos leales harían lo siguiente: ayudar a incidir y drenar un absceso en cualquier lugar, encontrar antibióticos tópicos y orales y no cobrarlos, y localizar material para heridas. Los amigos les ayudarían a organizar o llevarles a una cita (por ejemplo, con el médico, la enfermera, la clínica, el servicio de urgencias). Los participantes compartieron lo siguiente:

Hay un código en la calle, ya sabes, los abscesos pueden matarte, así que os ayudáis unos a otros. Mi amigo tenía un absceso, se lo limpié con alcohol, quemaba, ayudaba. Si necesito ayuda con mis abscesos, él también me ayudaría, conseguiríamos, ya sabes, un antibiótico tópico de, como ... [pausa y sonrío]. Mis amigos me ayudarán si se lo pido. Pero suelo tratar el absceso yo mismo. Con mi primer absceso tuve fiebre, así que me envolví en cuatro mantas. Comió pimienta negra. Me inyecté agua para quitarlo, no dura mucho. Mi sangre se infectó con un gran absceso, mi amigo me llevó para el cuidado.

Aumento de la sensación de urgencia

Cuatro participantes describieron una urgencia relacionada con el empeoramiento de un absceso:

Sólo esperaré un día antes de recibir atención de las enfermeras. Yo no esperaré más. No confío en nadie más para saber lo mal que está mi piel, ese es mi trabajo. Los abscesos pueden matarte. Me atienden enseguida. El equipo de enfermería comunitaria me atendió de un absceso en la muñeca. Estoy preparado, tengo un kit listo para abscesos en caso de que... la gente muere. El último que me hice en el codo era tan grande que cabía un rollo entero de gasa en el agujero. Las enfermeras de atención domiciliar me ayudaron. Sé que puedo acudir al centro para que me cuiden, son increíbles, confío en ellos.

Otro compartió:

Los suministros para los abscesos no son fáciles de encontrar, las farmacias son caras, yo consigo lo que necesito sin coste alguno, esto es cosa seria. Debería ser más fácil obtener recetas básicas de antibióticos. ¿Por qué es tan difícil conseguir antibióticos orales? ¿Por qué no puede pedirlo un farmacéutico? ¿Por qué no pueden hacerlo las enfermeras? Podría morir.

A partir de estos comentarios, empezamos a entender el autocuidado como parte de una atención continua y comprendimos que las PWID experimentan pronto la rapidez con la que los abscesos pueden agravarse y la consiguiente necesidad de acudir a proveedores de atención sanitaria formal.

Tema 3: utilización de la asistencia sanitaria oficial

Los participantes preferían recibir la atención de abscesos en la clínica de heridas de la enfermería comunitaria o en el centro donde se les respetaba. Los participantes expresaron su preocupación cuando interactuaban con los equipos de atención de urgencias (las tres provincias mencionadas fueron Alberta, Ontario y Nueva Escocia), ya que les evocaba con frecuencia sentimientos de vergüenza y de ser juzgados cuando les hacían preguntas de evaluación y planificaban la atención del absceso (por ejemplo, volver a urgencias, hospitalización). Su reticencia para acceder a la asistencia o a permanecer en ella una vez

evaluados estaba relacionada con experiencias anteriores. Los participantes compartieron:

Me costaría mucho pedir ayuda. Tendría que estar muy enfermo para pedir ayuda al hospital. Realmente necesitamos un lugar de inyección seguro, entonces los abscesos no estarían ocurriendo. Yo mismo abriría mi absceso antes de ir al hospital. Primero tomaba antibióticos por vía oral y, si empeoraba, iba al hospital. Sería mi última parada. Debe haber una prioridad para la atención de abscesos en el hospital. ¿Por qué no puedo ser atendido en una farmacia o por un farmacéutico? Si necesitas antibióticos intravenosos cuatro veces al día, y apenas puedes decidirte a planear volver al hospital... no es de extrañar que no volviera. Mucha gente no tiene coche ni dinero para aparcar, ¡así que no volvemos! Si se salta una dosis, es peor, ya que debe ser readmitido y esperar, esperar y esperar.

Atención respetuosa

Los participantes compartieron sus experiencias de recibir una atención respetuosa y negociar con el equipo.

Mi absceso estaba tan infectado que fui a que me atendieran. Fueron buenos conmigo. Necesitaba cuidados, fui a urgencias, me trataron bien. Me daba vergüenza ir, pero sabía que tenía que llegar. Fui solo. Me dejaron fumar un cigarrillo, así que me quedé.

No quería ir al hospital. Al principio, la gente me juzgaba. Me preguntaron si consumía drogas por vía intravenosa y retrocedieron en la sala. Esto no me ha gustado. Sin embargo, me drenaron la mano. El cuidado estuvo bien... en realidad, fue bueno cuando las paredes caen y sabes que te aceptan, el cuidado fue bueno para mí.

El hospital estaba bien. Sólo me concentré en el absceso. Me trataron bien, fueron justos. El absceso olía muy mal cuando lo abrieron. No he sufrido ningún estigma en el hospital. Se portaron bien conmigo; esperé unas horas y todo fue bien. Los demás también esperaban para ser atendidos. Tienes que ser amable y ofrecer amabilidad, entonces ellos serán amables contigo.

Fui a urgencias y los médicos y enfermeras me trataron bien. Volví dos veces al día, durante tres días y luego tomé una semana de antibióticos orales. Me salvó la vida, de la sepsis. Podría haber muerto (se le saltan las lágrimas). Me trataron bien en urgencias, aunque he oído historias negativas. Tenía mucho miedo, pero el equipo me atendió muy bien. Le diría a la gente que fuera a urgencias, después de tratar yo mismo la zona.

Nunca extirparía mi absceso. Tengo demasiado miedo. Recibí buenos cuidados en atención ambulatoria, usaban yodo y mucho empaque, creo que me tocaron buenas enfermeras. Fueron amables conmigo, eso importa. No quiero que nadie me menosprecie, porque eso me molesta.

Fui a que me atendieran, se portaron bien conmigo. Cuando necesito antibióticos, voy a por ellos. No me los da la gente de la calle. No quiero arriesgar mi vida. La gente te venderá cualquier cosa y la llamará antibiótico. Sé que me avergüenzo cuando pido ayuda, pero así soy yo. Necesitaba cuidados.

Durante la pandemia, recibí una evaluación virtual de la herida y entonces me sentí mejor. Me enseñaron a marcar los bordes del enrojecimiento y me dijeron que si se ponía más rojo fuera a urgencias. Fui a urgencias y me atendieron bien. Mi visita a urgencias fue mejor porque no fui sola, tener a una persona de apoyo conmigo fue de gran ayuda, por eso no me fui.

Entendemos este tema como una contraposición a la narrativa de evitar la atención hospitalaria. Las PWID entienden que hay momentos en los que la atención hospitalaria es necesaria. Además, en contra de las historias que circulan entre las PWID, la atención hospitalaria puede experimentarse como respetuosa.

Tema 4: la educación importa; no hay que precipitarse

Los participantes expresaron la importancia de la educación relacionada con la inyección segura de fármacos y la higiene de la piel. Cada participante reflexionó sobre la persona o personas que le enseñaron inicialmente a inyectarse drogas y a practicar la higiene de la piel. Describieron los riesgos de errar el tiro, cuando se inyectaban inadvertidamente en las capas grasas, subcutáneas o intramusculares, o cuando los fármacos se filtraban en la piel. Un participante aprendió a inyectarse gracias a un vídeo de Internet. Otro aprendió de un antiguo compañero que le enseñó a utilizar nuevos filtros y agujas:

Ella me enseñó lo que es la fiebre del algodón, ya que yo lo hacía mal. Además, estaba usando venitas con una aguja grande y me salió un absceso. Nadie me enseñó, aprendí de otras personas que utilizaban. Sólo he tenido un absceso por falta, y se me hinchó la parte superior del brazo y la zona del pecho. No podía dormir y no podía utilizar el brazo ni la mano. Alguien podría enseñarte una mala, mala, mala técnica. Tienes que ver la sangre, luego la empujas, la forma correcta importa. Las sesiones educativas deben recordar a la gente que no se precipite, que si no ve sangre, no se inyecte. La gente se apresura a inyectarse, no se apresure, no sangre - no se inyecte, entonces no fallará. Además, si no te encuentras bien y confías en otra persona para que te inyecte, eso no es bueno, ya que la persona puede precipitarse y fallar.

Cuatro participantes manifestaron que habían aprendido a inyectarse de forma segura gracias a las enfermeras del centro. Describieron con facilidad la importancia de utilizar equipos, cocinas y agujas limpios y de limpiar la piel con hisopos con alcohol. Las tres clases de educación declaradas deben incluir técnicas de inyección correctas, debates sobre el riesgo de pérdida y fotografías de SSTI y abscesos con las que comparar sus abscesos para determinar el nivel de gravedad.

DISCUSION

Este pequeño estudio de mejora de la calidad²⁸ se realizó en un centro de reducción de daños en colaboración con investigadores universitarios. La selección intencionada de la clientela del centro puede haber influido en los resultados debido al mandato del centro³². Los datos de las entrevistas revelaron descripciones detalladas^{30,31}. Los resultados demuestran que las PWID experimentan una curva de aprendizaje relacionada con la inyección y los abscesos. En la mayoría de los casos, los participantes comienzan con el autocuidado y recurren a los servicios sanitarios formales cuando experimentan una urgencia a medida que la herida empeora. Las respuestas de los participantes demuestran la comprensión de los riesgos, el deseo de curarse de los abscesos o de prevenirlos, y la necesidad humana de ser tratado con respeto. Desde la perspectiva de la mejora de la calidad, esbozaron mejoras que incluían sugerencias para: 1) ampliar las horas de servicio en la clínica comunitaria de atención de heridas y en el centro; 2) permitir que los farmacéuticos incluyan la prescripción de antibióticos tópicos y orales; 3) promover la educación en prevención de abscesos para clientes y proveedores de atención sanitaria; y 4) prácticas prometedoras

para la prestación de una atención respetuosa durante las visitas de atención de emergencia.

Dechman y sus colegas hablaron de los viajes complejos y únicos que experimentan las PWID²⁴. El objetivo de las PWID es inyectarse la(s) droga(s) por vía intravenosa y no piensan en omitir o en inyectarse inadvertidamente en los tejidos (subcutánea o intramuscular)². Nuestros hallazgos mostraron que los participantes, cuando se inyectan por primera vez, no siempre conocen las SSTI y la formación de abscesos de origen bacteriano o vírico. Sin embargo, con el tiempo aprenden la gravedad de la omisión de la vena (por ejemplo, periférica, femoral, del cuello). También aprenden el riesgo asociado a compartir o reutilizar material, la relación con el desarrollo de venas colapsadas y esclerosadas, celulitis, abscesos e infecciones graves. Los participantes fueron capaces de describir de forma coherente los signos tempranos y tardíos de los abscesos^{21,36}. Además, una vez que los participantes sabían que tenían un absceso, empezaban con las intervenciones de autocuidado. Si no experimentaban mejoría, accedían a la atención sanitaria formal. Estos resultados demuestran que las PWID están bien informadas, comienzan con el autocuidado y, cuando es necesario, buscan atención formal, independientemente de las reticencias. Entendemos este proceso como una continuidad asistencial significativa. También describieron la importancia de mantener y ampliar el papel de la enfermera especializada en el cuidado de heridas en el Centro Ally y con los equipos de enfermería de la comunidad.

Necesidad de cuidados intensivos y reticencias resultantes

Los participantes se mostraron reacios a buscar asistencia sanitaria oficial, aunque sabían que los abscesos provocan sepsis, hospitalización y muerte²⁴. Los participantes quieren que se les trate con respeto cuando reciben cuidados intensivos. La reticencia estaba relacionada con la percepción del personal sanitario formal y el temor a que se le faltara al respeto. Los participantes quieren que se les trate con respeto durante todo el encuentro. También necesitaban acceso a un transporte fiable y tarifas de aparcamiento. No era preferible esperar en el hospital, aunque tener un amigo y poder salir a fumar un cigarrillo aliviaba el tiempo de espera. Los participantes recomiendan que los profesionales sanitarios reciban formación relacionada con el cuidado compasivo y respetuoso de las PWID y que viven con complicaciones de la piel y las heridas³³.

Administración de antibióticos

La administración de antibióticos a las PWID es preocupante y difícil de abordar^{37,38}. Los participantes debatieron la necesidad de que los farmacéuticos participen en la prescripción de antibióticos. Los antibióticos tópicos y orales pueden consumirse según prescripción, compartirse con otra persona cuyo absceso se considere peor, regalarse o venderse a otra, o guardarse para su uso futuro²⁰⁻²². La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una educación coherente en relación con el uso correcto de los antibióticos³⁹. Para las PWID, esto se traduce en materiales educativos accesibles (por ejemplo, en línea, impresos y talleres)²¹ y en un acceso fácil y constante a los nuevos equipos utilizados para preparar e inyectarse una droga^{37,40}.

Harvey y sus colegas⁴⁰ estudiaron los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la prevención de la infección en las PWID. Los profesionales revelaron que habían recibido poca o ninguna formación sobre reducción de daños, que no se sentían cómodos asesorando a las PWID y que no sabían adónde remitir

a las PWID para que recibieran formación o suministros. Para reducir la morbilidad y la mortalidad de las PWID, Harvey et al desarrollaron la herramienta educativa "Seis momentos de la prevención de infecciones en el uso de drogas inyectables"^{40(p.1)}. El conjunto de herramientas hace hincapié en un marco amplio centrado en la prevención de infecciones para las PWID.

Los participantes en este estudio manifestaron en repetidas ocasiones que estaban dispuestos a aprender y que querían estar seguros para evitar complicaciones. Solicitaron el desarrollo de videos y de una aplicación para teléfonos móviles (app) que mostrara desde celulitis leves hasta abscesos complejos. Existen riesgos asociados a esta última petición, ya que no se recomienda confiar únicamente en las imágenes de la herida como herramienta de diagnóstico de infecciones leves, progresivas y graves³⁶.

CONCLUSIÓN

En este estudio, los participantes adquirieron conocimientos sobre las SSTI y el desarrollo de abscesos. Aunque eran conscientes de los riesgos (mortalidad, morbilidad), seguían siendo reacios a acceder a la atención sanitaria oficial. Se necesita más investigación para comprender plenamente el mantenimiento y la ampliación de los servicios de cuidado de heridas, incluido el papel de los farmacéuticos en la comunidad. Además, la educación para las PWID era un mensaje coherente, y las PWID quieren materiales coherentes y creíbles de los que aprender. Por último, las PWID quieren saber que serán respetadas cuando accedan a los servicios sanitarios. Nuestra experiencia de las entrevistas nos dejó preguntándonos cómo describir mejor la humildad, inteligencia y amabilidad de los participantes. Eran reflexivos y querían mejorar su experiencia y la de los demás.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los participantes que hayan compartido sus historias y sus atentas recomendaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación por este estudio.

REFERENCIAS

- Canadian Centre on Substance Abuse. Needle exchange programs (NEPs) FAQs 2019. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-010055-2004.pdf>
- 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.
- 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.
- 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.
- Ramakrishnan K, Salinas RC, Higuera NIA. Skin and soft tissue infections. *Am Fam Physician* 2015;92:474–488.
- Sahu KK, Tsitsilianos N, Mishra AK, Suramaethakul N, Abraham G. Neck abscesses secondary to pocket shot intravenous drug abuse. *BJM Case Report* 2020;13:1–2.
- Pastorino A, Tavarez MM. Incision and drainage. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Borbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Disease Society of America. *IDSA Guideline* 2014;59:e1–e52.
- Stanway A. Skin infections in IV drug users 2002. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/skin-infections-in-iv-drug-users/>
- Lavender TW, McCarron B. Acute infections in IDU. *Royal College Physicians* 2013;13:511–513.
- Maloney S, Keenan E, Geoghegan N. What are the risk factors for soft tissue abscess development among injection drug users? *Nursing Times* 2010;106. Available from: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/substance-misuse/what-are-the-risk-factors-for-soft-tissue-abscess-development-among-injecting-drug-users-14-06-2010/>
- Khalil PN, Huber-Wagner S, Altheim D, Burklein D, Siebeck M, Hallfeldt K, et al. Diagnostic and treatment options for skin and soft abscesses in injecting drug users with consideration of the natural history and concomitant risk factors. *Eur J Med Res* 2008;13:415–424.
- Larney S, Peacock A, Mathers BM, Hickman M, Degenhardt L. A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend* 2017;171:39–49.
- Hrycko A, Mateu-Gelabert P, Ciervo C, Linn-Walton R, Eckhardt B. Severe bacterial infections in people who inject drugs: the role of injection-related tissue damage. *Harm Reduct J* 2022;19:1–13.
- Lloyd-Smith E, Kerr T, Hogg RS, Li K, Nontamer JSG, Wood E. Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users. *Harm Reduct J* 2005;2:1–4.
- Leung NS, Padgett P, Robinson DA, Brown EL. Prevalence and behavioural risk factors of *Staphylococcus aureus* nasal colonization in community-based injection drug users. *Epidemiol Infect* 2015;143:2430–2439.
- Luktke H. Abscess incision/drainage. Rush University Medical Center; 2016.
- Tsybina P, Kassir S, Clark M, Skinner S. Hospital admissions and mortality due to complications of injection drug use in two hospitals in Regina, Canada: retrospective chart review. *Harm Reduct J* 2021;18:44. doi:10.1186/s12954-021-00492-6
- Tarusuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017–2019. *Can Commun Dis Rep* 2020;46:138–148.
- Phillips KT, Stein MD. Risk practices associated with bacterial infections among injection drug users in Denver, Colorado. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:92–97.
- 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 Reduct J* 2019;16:1–11.
- Fink DS, Lindsay SP, Slymen DJ, Kral AH, Bluthenthal RN. Abscess and self-treatment among IDU at four California syringe exchanges and their surrounding communities. *Subst Use Misuse* 2013;48:523–531.
- Johnson JL, Bottorff JL, Browne AJ, Grewal S, Hilton BA, Clarke H. Othering and being othered in the context of health care services. *Health Comm* 2004;16:255–271.
- Dechman MK, Bickerton J, Porter C. Paths leading into and out of injection drug use. Ally Centre of Cape Breton, Cape Breton University; 2017. Available from: <https://www.allycentreofcapebreton.com/images/Files/PathsLeadingIntoAndOutOfInjectionDrugUse-October-2017.pdf>

25. Koivi S, Piggott T. Approaching the health and marginalization of people who use opioids. In: Arya AN, Piggott T, editors. Under-served: health determinants of Indigenous, inner-city, and migrant populations in Canada. Toronto: Canadian Scholars; 2018;153-165.
26. Summers PJ, Struve IA, Wilkes MS, Rees VW. Injection-site vein loss and soft tissue abscesses associate with black tar heroin injections: a cross sectional study of two distinct populations in USA. *Int J Drug Policy* 2017;3:21-27.
27. Nova Scotia Government Department of Health and Wellness. Nova Scotia's opioid use and overdose framework; 2017. Available from: <https://novascotia.ca/opioid/nova-scotia-opioid-use-and-overdose-framework.pdf>
28. Patton MQ. Evaluation flash cards: embedding evaluative thinking in organizational culture. Otto Bremer Trust; 2018.
29. Freire P. Pedagogy of the oppressed. London: Continuum; 2011.
30. Braun V, Clarke V. Successful qualitative research a practical guide for beginners. London: SAGE Publishing; 2013.
31. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. London: SAGE Publishing; 2015.
32. Liamputtong P. Researching the vulnerable. Sage; 2007.
33. Treloar C, Rance J, Yates K, Mao L. Trust and people who inject drugs: the perspectives of clients and staff of needle syringe programs. *Int J Drug Policy* 2016;27:138-45.
34. Bickerton J. Ally Centre outreach street health pilot: final report 2022. Available from: <https://www.allycentreofcapebreton.com/images/Files/Final-report-Outreach-Street-Health.pdf>
35. Government of Nova Scotia. Coronavirus (COVID-19) latest guidance; 2022. Available from: <https://novascotia.ca/coronavirus/>
36. Li S, Renick P, Senkowsky J, Nair A, Tang L. Diagnostics for wound infections. *Adv Wound Care* 2021;10:317-327.
37. Peckham AM, Chan MG. Antimicrobial stewardship can help prevent inject drug use-related infections. *Contagion* 2020;6(2) 18-19. Available from: <https://www.contagionlive.com/view/antimicrobial-stewardship-can-help-prevent-injection-drug-use-related-infections>
38. Marks LR, Liang SY, Muthulingam D, Schwarz ES, Liss DB, Munigala S, Warren DK, Durkin MJ. Evaluation of Partial Oral Antibiotic Treatment for Persons Who Inject Drugs and Are Hospitalized With Invasive Infections. *Clin Infect Dis*. 2020 Dec 17;71(10):e650-e656. doi: 10.1093/cid/ciaa365. PMID: 32239136; PMCID: PMC7745005.
39. World Health Organization (WHO). Antimicrobial stewardship interventions: a practical guide; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340709/9789289054980-eng.pdf>
40. Harvey L, Boudreau J, Sliwinski SK, Strymish J, Gifford AL, Hyde J, et al. Six moments of infection prevention in injection drug use: an educational toolkit for clinicians. *Open Forum Infect Dis* 2022;6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8794071/>



Día Mundial ISTAP "Un mundo sin lágrimas en la piel" 2023

En nombre del Panel Consultivo Internacional sobre las Lágrimas de la Piel (ISTAP), le invitamos a unirse a nosotros en el segundo Día Mundial "Un mundo sin lágrimas de la piel" de ISTAP, que tendrá lugar virtualmente el 27 de abril de 2023.

Los temas incluyen, entre otros

- Tratamiento de los desgarros cutáneos en poblaciones vulnerables con la Dra. Fiona Wood (Australia)
- Evidencias de la hidratación para prevenir los desgarros cutáneos con la Dra. Keryln Carville (Australia)
- Tratamiento del desgarro cutáneo en los países en desarrollo con el Dr. Harikrishna KR Nair (Malasia)
- Prevención de infecciones en desgarros cutáneos con la Dra. Karen Ousey (Reino Unido) y la Dra. Kimberly LeBlanc (Canadá)
- Aplicación del paquete aSKKING a los desgarros cutáneos con Jacqui Fletcher (Reino Unido)

El enlace web de este acto es <https://www.skintears.org/schedule/global-a-world-without-skin-tears-day-2023>, donde los interesados pueden inscribirse.