

I Directrices de la política

1. A continuación se exponen las instrucciones para el procedimiento:
 - a. Hemorroides sintomáticas, grados I-III.
 - b. Los síntomas incluyen sangrado, hinchazón, picazón, prolapso y/o "filtración".
 - c. Sangrado activo de vasos en la parte inferior del recto o la región superior del ano.
2. Los pacientes pueden ponerse una bata de hospital cómoda y limpia proporcionada por el centro o cubrirse con una sábana o un paño después de desvestirse de cintura para abajo.
3. Se revisan cuidadosamente el historial clínico/médico completo y el examen físico del paciente, asegurándose de comprobar su historial de contraindicaciones (embarazo, hipertensión portal o proctitis) y precauciones (uso de anticoagulantes, alergia al látex, uso de medicamentos para la disfunción eréctil, otros problemas médicos). Tenga siempre en cuenta si un paciente es alérgico al látex; utilice bandas sin látex (azules) en estos pacientes.
4. A menos que el médico que solicita el procedimiento indique lo contrario, los pacientes no deben someterse a ningún tipo de preparación intestinal ni estar en ayunas antes del tratamiento, ya que rara vez se utiliza sedación o anestesia de ningún tipo.
5. Se realiza en una clínica o en una sala de procedimientos, a discreción del médico y del centro.

II. Procedimientos

1. El empleado introduce la información del paciente en la base de datos informática.

2. Se le pide al paciente que se ponga una bata o que se desnude de cintura para abajo y se cubra con una sábana o un paño. Se le coloca en la postura de decúbito lateral izquierdo, con ambas rodillas flexionadas hacia el pecho.
3. El examinador se pone guantes de examen, inspecciona la región perianal en busca de signos de inflamación y anomalías, incluyendo hemorroides externas, verrugas, fisuras, fístulas, trombosis, abscesos y diversas lesiones cutáneas, y anota los hallazgos.
4. El examinador realiza un examen digital ano-rectal, evaluando los signos de fisuras anales, fístulas, espasmos anales, abscesos, hemorroides externas trombosadas, neoplasias y otras lesiones masivas, y anota los hallazgos.
5. Si se observa un espasmo anal significativo, se puede aplicar una pequeña cantidad de pomada diluida compuesta de nitroglicerina, diltiazem o nifedipina en el canal anal para aliviar dicho espasmo, y si se observa una sensibilidad significativa, también se puede aplicar una cantidad de anestésico tópico en el canal anal. Si se nota un dolor significativo, se abandonará el procedimiento y el proveedor tratará la causa del dolor. Suponiendo que el dolor haya remitido, el profesional sanitario podrá reanudar el procedimiento en una visita posterior.
6. Se realiza una anoscopia según indicación, y se anotan los resultados. Si se nota un dolor significativo, se abandonará el procedimiento y el proveedor tratará la causa del dolor. Suponiendo que el dolor haya remitido, el profesional sanitario podrá reanudar el procedimiento en una visita posterior.
7. Si está indicado, se abre el sistema CRH O'Regan y se monta el Ligator con una banda adecuada colocada en el extremo del

dispositivo. Esto se podrá hacer antes de que comience el procedimiento, a elección del examinador.

8. Suponiendo que el paciente sea un buen candidato para el procedimiento, que se haya obtenido el consentimiento adecuado y que no haya mostrado sensibilidad durante el examen digital ano-rectal y la anoscopia (si se ha realizado), el Ligator se introduce a través del canal anal en una dirección "neutra" hasta una profundidad adecuada. La recomendación es pasar siempre el Ligator un poco más allá y luego volver a colocarlo en la posición correcta (en términos generales, esto se puede marcar con la cresta palpable en la superficie exterior del "empujador de banda" que se encuentra justo dentro del borde anal).
9. Cuando se ha alcanzado la profundidad adecuada, el Ligator se dirige hacia la hemorroide que se va a ligar (anterior derecha, posterior derecha, lateral izquierda).
10. Se tira hacia atrás del "émbolo" del Ligator, aspirando parte del tejido hemorroidal hacia el cilindro de la jeringa.
11. El "émbolo" se bloquea en su sitio y el Ligator se deja en su lugar, lo que permite atrapar un poco más de tejido en el Ligator.
12. El Ligator se gira entre 90 y 180 grados en cualquier dirección varias veces con un movimiento de "ida y vuelta", y se pregunta al paciente, ya que no debería sentir dolor ni "pellizcos", solo una sensación de "tirantez", "presión" o tenesmo.
13. Si se experimenta dolor o un "pellizco", se "desbloquea" el Ligator y se coloca más profundamente en el recto repitiendo el paso # 11.

14. Si no se experimentan dolor ni "pellizcos", el examinador coloca la banda Ligator.
15. El Ligator se retira y se deja a un lado.
16. Se realiza un tacto rectal para que el examinador pueda evaluar la adecuación de la ligadura. Lo ideal es que el tejido ligado incluya al menos un pequeño "mechón" de tejido que sobresalga de la banda, suficiente para garantizar que esta no se caiga inmediatamente. El tejido que se liga debe ser relativamente superficial, y la "base" ligada debe ser estrecha. Si el tejido ligado es demasiado profundo o el "tallo" es demasiado ancho, aumenta el riesgo de complicaciones. Si se ha ligado una cantidad insuficiente de tejido, se vuelve a cargar el Ligator y se repiten los pasos 8 a 15. Si se ligó demasiado tejido o la banda se colocó demasiado abajo en el canal anal, se manipulan la banda y el tejido ligado para "aflojar" la banda o retirarla.
17. Se debe preguntar al paciente si siente dolor o una sensación de "pellizco". Si es así, se repite el paso # 16; de lo contrario, se anima al paciente a vestirse y se le da el alta. Lo ideal es monitorizar al paciente durante al menos 10 minutos para asegurarse de que no nota dolor ni molestias. Si es necesario manipular una banda, se reinicia ese "reloj" de observación de 10 minutos.
18. Antes del alta, el personal volverá a preguntar al paciente si siente dolor o una sensación de "pellizco", o si parece que se encuentra incómodo. Si no es así, y solo experimentan una sensación de presión o tenesmo leve, se les da el alta. Si se sienten incómodos o se quejan de "pellizcos" o dolor, se les anima a volver a la sala de exploración para que el examinador pueda volver a realizar el paso # 15.

19. Se entrega al paciente una copia de las "Instrucciones posteriores a la ligadura" del sistema CRH O'Regan para su referencia, y se realiza una visita de seguimiento para ese paciente en el intervalo solicitado por el examinador.
20. Se crea un registro del procedimiento, que incluye los resultados del examen, la anoscopia si se ha realizado y la ligadura con banda, incluida la ubicación de la colocación de la banda, junto con cualquier otra intervención, tratamiento o medicación recomendados como resultado de la visita.