



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
de Tecnologías y Prestaciones de Salud Recerca, o Salut

guiasalud.es

Instituto de Guías de Práctica Clínica  
del Sistema Nacional de Salud



# Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud

## Exposición Pública de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención Paliativa al Adulto en Situación de últimos Días

El siguiente formulario recoge los comentarios recibidos de los distintos grupos de interés (GI) participantes en el proceso de Exposición Pública de la GPC sobre Atención Paliativa al Adulto en Situación de últimos Días y la respuesta a los mismos del Grupo Elaborador de la Guía (GEG)

Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
1	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	Preguntas para responder	15	2. ¿Cuáles son los factores asociados a una buena comunicación en los últimos días de vida entre el paciente, sus allegados y los profesionales sanitarios que lo tratan?	Gracias por el comentario recibido, se incorpora la sugerencia al texto de la GPC, aunque se ha preferido la expresión “que lo atienden”.
2	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	Resumen recomendaciones	20 y 33	BPD adaptada: insuficiencia renal aguda, delirium, alteraciones metabólicas (alteraciones K+, Na+ sobretodo hiponatremia –SIADH-, hipercalcemia, hipo o hiperglucemia), y si es el caso, iniciar el tratamiento correspondiente.	Gracias por el comentario. Se ha tenido en cuenta la sugerencia, aunque de cara a simplificar la recomendación, se ha prescindido de la información aportada entre paréntesis.
3	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	Resumen recomendaciones	21	BPC adaptada: Se aconseja no usar cantidades de volumen diarios mayores de 1 litro al día	Gracias por el comentario. Se ha incorporado el cambio en la GPC.
4	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	Resumen recomendaciones	23 y 72 ( punto 5)	BPC, nueva. En caso de instauración de tratamiento opioide, el de elección en situación de últimos días es la <u>morfina de liberación rápida</u> →tengo dudas a que hace referencia, se aconseja sevredol como opioide de liberación rápida en lugar de fentanilo de liberación rápida, ¿ O se están refiriendo a morfina parenteral?	Gracias por el comentario. Para evitar confusiones se ha adoptado el término “acción rápida”.
5	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	3	32	Hipotensión arterial. Evaluar pero no monitorizar dado que prima el confort del paciente	Gracias por el comentario. Teniendo en cuenta la sugerencia se ha eliminado la palabra “protocolizada” de la recomendación.
6	Complex Hospitalari	4	43	Tabla 2: Exclusión del paciente en las conversaciones sobre el pronóstico (pacto de	Gracias por el comentario. En la tabla 2 se reflejan las principales barreras y facilitadores descritos en



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Moisés Broggi Sant Joan Despí			silencio de la familia) ¿La edad es una barrera de la comunicación por la presencia de algún déficit sensorial y/o deterioro cognitivo del paciente? ¿Por paternalismo? Creo que se debería especificar	los estudios revisados (análisis temático). La descripción de los principales resultados de los estudios considerados en cada tema se presentan en el material metodológico, debido a que no es posible desarrollar tan ampliamente toda la información en el texto de la GPC. Hemos tratado de clarificar este punto.
7	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	5	49	En el contexto de los CP. → no sólo en el contexto de CP. La medicina actual se basa cada vez más en una medicina centrada en el paciente	Gracias por el comentario recibido, se incorpora la sugerencia al texto de la GPC.
8	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	5	54(punto f)	La implementación de la toma de decisiones compartida requiere tiempo, espacios adecuados y disponibilidad de los profesionales, por lo que SÍ precisa una gran inversión de recursos Otra opción sería: Gran inversión de recursos económicos	Gracias por el comentario recibido, se incorpora la sugerencia al texto de la GPC.
9	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	6	60(recomendación 4)	Secreciones respiratorias	Gracias por el comentario recibido, se incorpora la sugerencia al texto de la GPC.
10	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	7	74( punto b)	Rigidez articular	Gracias por el comentario. Teniendo en cuenta la sugerencia se ha aclarado este aspecto en el texto de la GPC.
11	Complex Hospitalari	7	89 ( punto l)	Buena calidad para otras indicaciones de náuseas y vómitos, especialmente en los últimos días de	Gracias por el comentario recibido. Se incorpora la sugerencia al texto de la GPC.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Moisés Broggi Sant Joan Despí			vida o en situación de últimos días	
12	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	8	109	Se debe modificar último párrafo dado que ya ha sido aprobada la ley de eutanasia	Gracias por el comentario. Se ha modificado el párrafo sobre la ley de la eutanasia.
13	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	13	127 anexo 2	Humedecer con una gasa o spray la boca e hidratar los labios con cacao (no utilizar vaselina dado que es hidrófoba)	Gracias por el comentario. Se ha añadido sugerencia en el texto de la GPC.
14	Complex Hospitalari Moisés Broggi Sant Joan Despí	13	132 anexo 3	Algunas consideraciones especiales: La rotación a o desde metadona (creo que se ha perdido información...)	Gracias por el comentario. Atendiendo a la sugerencia se ha mejorado la redacción de este punto.
15	Consejo General de Enfermería		9-12	Número de enfermeras muy reducido en el grupo de trabajo, los colaboradores y revisores. 17 personas en el grupo de trabajo y sólo 1 enfermero, 8 personas como colaboradores expertos y sólo 1 enfermera. En revisores externos de 22 personas 3 enfermeras. Llama la atención el bajo porcentaje de participación de enfermeras en una guía de atención paliativa en últimos días que intrínsecamente esta vinculada a los cuidados y a los profesionales expertos en esta materia.	Gracias por el comentario. Dada la necesidad de incorporar perfiles diferentes en el grupo de trabajo, hemos tratado de incorporar al menos a 1 persona en cada uno de los diferentes niveles de participación: grupo elaborador, colaboración experta y revisión externa. Si bien es posible que la guía se hubiese beneficiado de incorporar a más personas de enfermería en el grupo, las enfermeras que han participado han tenido un papel clave en la guía. En futuras actualizaciones tendremos en cuenta esta sugerencia.
16	Consejo General de Enfermería	2	29	En el alcance y objetivos no se hace referencia a la preparación para el duelo que creemos debe ser un tema a incluir para garantizar la atención a	Gracias por el comentario. Dada la necesidad de centrar el alcance y objetivos de la guía, el grupo de trabajo decidió abordar las preguntas clínicas



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				familiares pues con el folleto informativo creemos que no es suficiente.	que se incluyen en la actualidad, si bien es consciente de la relevancia de la preparación al duelo. Esperamos que en futuras actualizaciones de la GPC de Cuidados Paliativos del Programa de guías en el Sistema Nacional de Salud pueda abordarse el duelo.
17	Consejo General de Enfermería	4	42	En las consideraciones clínicas relevantes creemos importante abordar la preparación para el duelo, tramites y acompañamiento a los familiares. Hay experiencias como las unidades de duelo por ejemplo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid	Gracias por el comentario. Hemos incluido alguna puntualización al respecto en diferentes puntos de la guía.
18	Consejo General de Enfermería	4	44	Aquí si se habla sobre que la buena comunicación facilitaría el proceso de duelo pero se podría profundizar más	Gracias por el comentario. Hemos incluido alguna puntualización al respecto en diferentes puntos de la guía.
19	Consejo General de Enfermería	5	56	En el cuarto párrafo se habla de la importancia de evaluar previamente la capacidad del paciente para la toma de decisiones pero no se especifica que método usar o qué tipo de evaluación normalizada realizar	Gracias por el comentario. Se ha añadido una breve información sobre los principales factores a considerar para la valoración de la capacidad para la toma de decisiones.
20	Consejo General de Enfermería	7	67-68	Escasa presencia del rol de la enfermera en el manejo de síntomas como garante de los cuidados cuando por su perfil puede aportar mucho en la valoración sistemática de síntomas y necesidades de cuidados.  En las consideraciones clínicas relevantes hace alusión a que el clínico responsable solicitará asesoramiento especializado en cuidados paliativos para el manejo, esta consideración debería ser más amplia para que desde atención	Gracias por el comentario. En cuanto a la primera sugerencia, el grupo elaborador ha enfatizado la relevancia de todos los miembros del equipo multidisciplinar. Si bien estamos totalmente de acuerdo con el importante papel de la enfermera como garante de los cuidados.  En cuanto a la segunda sugerencia, se ha añadido que el asesoramiento se solicitará tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				primaria pudieran todos los profesionales contar con el asesoramiento de cuidados paliativos en el manejo de los síntomas.	
21	Consejo General de Enfermería	7.2	72	Sugerimos iniciar las recomendaciones por la valoración del dolor incluyéndola en el plan de cuidados y haciendo dicha valoración de manera normalizada para darle mayor relevancia.	Gracias por la sugerencia. Teniendo en cuenta la propuesta hemos añadido la valoración del dolor en la primera recomendación de este apartado.
22	Consejo General de Enfermería	7.2	73	En el primer punto habla de la evaluación del dolor pero creemos que sería mejor añadirlo también como recomendación como se ha dicho en el comentario anterior	Gracias por la sugerencia. Teniendo en cuenta la propuesta hemos añadido la valoración del dolor en la primera recomendación de este apartado.
23	Consejo General de Enfermería	8	109	Actualizar último párrafo con los avances que actualmente se han hecho en la Ley Orgánica 3/2021 de Eutanasia	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia a la GPC.
24	Consejo General de Enfermería	11	118-119	Con respecto a los indicadores si las historias clínicas son diferentes y no existen campos estructurados, nos parece muy difícil poder calcular estos indicadores. Especificar si se debe crear un registro específico para identificar a los pacientes en situación de últimos días. El indicador 4 es difícil de identificar si va en texto libre, ¿Cómo se evidenciaría?	Gracias por el comentario. Somos conscientes de esta limitación. Los indicadores que se proponen son indicadores genéricos que deberían ser adaptados a cada evaluación concreta.
25	Consejo General de Enfermería	12	121-122	Proponemos línea de investigación futura en apoyo y soporte con nuevas tecnologías y teleasistencia	Gracias por el comentario recibido, se incorpora la sugerencia al texto de la GPC.
26	Consejo General de Enfermería	Anexo 3	Tabla 7 pag 129	Proponemos profundizar más en la evaluación y valoración del dolor	Gracias por el comentario. Si bien el grupo elaborador de la guía considera la evaluación y valoración del dolor un tema crucial en el manejo clínico en la situación de últimos días, no considera pertinente en este momento ampliar la información.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					Se tendrá en cuenta la sugerencia para futuras actualizaciones de la GPC o en la propuesta de proyectos vinculados.
27	Consejo General de Enfermería	Anexo 11	170	Proponemos ampliar información sobre los consentimientos	Gracias por el comentario. El grupo elaborador de la guía ha discutido este punto y ha decidido no ampliar la información sobre consentimientos en este momento. Se tendrá en cuenta la sugerencia para futuras actualizaciones de la GPC.
28	Grünenthal Pharma SA	1		Dar la enhorabuena a los impulsores de la guía y al grupo de trabajo por los excelentes contenidos de este documento. Entendemos que será de gran utilidad y que mejorara la atención de los pacientes en situación de SUD. Quizás para la práctica clínica, sería de utilidad disponer de una guía con una visión más longitudinal en el tiempo para entender el proceso completo de los pacientes con necesidades paliativas. (Atención integral e integrada)	Gracias por el comentario. Esta GPC es una actualización parcial de la GPC de Cuidados Paliativos del Programa de guías en el SNS, que abordaba la atención en la fase final de la vida (últimos 6 meses). Esperamos que en un futuro se puedan ir realizando actualizaciones del resto de áreas clínicas.
29	Grünenthal Pharma SA	7.2	72	<i>“morfina de liberación rápida [BPC, nueva].”</i> Aunque también se utiliza el término de liberación rápida, pensamos que en la literatura y en las fichas técnicas es más común hablar de “liberación inmediata”	Gracias por el comentario. Para evitar esta confusión, y dado que hemos recibido algún comentario relacionado con este término, finalmente se ha adoptado el término “acción rápida”.
30	Grünenthal Pharma SA	7.2	73	<i>“Si no es posible aplicarlas se puede valorar el uso de escalas conductuales”.</i> Se debería profundizar en las escalas conductuales. Poco utilizadas en la práctica clínica y muy necesarias cuando el paciente no puede manifestarse con otros tipos de escalas. Es cierto que se recogen en anexo 3.	Gracias por el comentario. Se ha añadido una frase incidiendo en la importancia de la aplicación de escalas conductuales cuando no es posible la aplicación de otros métodos (en el apartado de “Otras consideraciones”).



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
31	Grünenthal Pharma SA	Anexo 9	148	VO: 50-100 mg/6-8 h: Hacemos notar que la dosis en adultos según ficha técnica: <i>“Normalmente, la dosis inicial de hidrocloreuro de tramadol es de 50-100 mg (1 ó 2 cápsulas) seguida de 50 ó 100 mg cada 4-6 horas, sin sobrepasar una dosis diaria de 400 mg (8 cápsulas)”</i> <a href="https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?nregistro=59088">https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?nregistro=59088</a> . Entendemos que se recomienda esta dosis para los pacientes en situación de SUD	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia a la GPC.
32	Grünenthal Pharma SA	Anexo 9	148	VO retard: 100-200 mg/12h. Hacemos notar posología según FT de las formulaciones retard: <i>“Normalmente, la dosis inicial es de 50-100 mg de hidrocloreuro de tramadol dos veces al día, por la mañana y por la noche. Si el alivio del dolor no es suficiente, deberá valorarse incrementar la dosis a 150 mg o 200 mg de hidrocloreuro de tramadol dos veces al día”</i> <a href="https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61786/FT_61786.html">https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61786/FT_61786.html</a>	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia a la GPC.
33	Grünenthal Pharma SA	Anexo 9 (por principio activo)	159	En el caso de nuestra marca Adolonta® las presentaciones: <i>Capsulas duras 50 mg</i> <i>Retard: 50 mg, 100mg, 150mg y 200 mg</i> <i>Solución Oral 100mg</i> <i>Solución inyectable y perfusión 100mg/2ml</i>	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia a la GPC.
34	Grünenthal Pharma SA	Anexo 9 (por principio activo)	159	<i>Solución Oral</i> . Poner de relieve, que en el mercado existen varias presentaciones de	Gracias por el comentario. Se han realizado





Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>tramadol en solución, pero con distintos formatos de administración: unas en gotas (dosis en gotas) y otros con dosificador oral (dosis en pulsaciones). Adolonta® es en solución oral con dosificador y la dosificación es en pulsaciones. Este tema es importante diferenciar puesto que ha llevado a errores en la dosificación al confundir gotas con pulsaciones :</p> <p>-En Adolonta, 1 pulsación, equivale a 0,125 ml, lo que equivale al mismo tiempo a 12,5 mg de tramadol</p> <p>-En el tramadol gotas EFG: 5 gotas, equivalen a 0,125 ml de solución y a 12,5 mg de tramadol.</p> <p>Pensamos que la presentación en pulsaciones (Adolonta) es mucho más segura a la hora de dosificar un opioide que las gotas, puesto que el ajuste de dosis en gotas es mucho más complicado y lleva a errores.</p> <p><a href="https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?nregistro=61617">https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?nregistro=61617</a></p>	cambios al respecto en el texto de la de GPC.
35					
36	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	Autoría	9	Escasa participación de los profesionales de Trabajo Social, solo una persona forma parte del grupo de trabajo y ninguna como colaboradora o revisora externa.	Gracias por el comentario. Dada la necesidad de incorporar perfiles diferentes, hemos tratado de incorporar al menos a 1 persona en cada uno de los diferentes niveles de participación: grupo elaborador, colaboración experta y revisión externa. Si bien es posible que la guía se hubiese beneficiado de incorporar a más personas de trabajo social en el grupo, las trabajadoras sociales



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					que han participado han tenido un papel clave en la guía. En futuras actualizaciones tendremos en cuenta esta sugerencia.
37	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	1	25	“Enfoque cronicidad compleja debido al aumento de la esperanza de vida” implícito que el paciente protagonista de la guía es una persona mayor de edad avanzada y no hay referencias al impacto del diagnóstico y de la enfermedad acontecida sobre un adulto joven.	Gracias por el comentario. Se ha introducido un párrafo al respecto en la introducción.
38	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	1	26	“Entender la muerte como un fenómeno natural de la vida” Conlleva un impacto social alto cuando se trata de la muerte de un adulto joven que no ha completado su proyecto de vida.	Gracias por el comentario. Se ha introducido un párrafo al respecto en la introducción al hilo de este comentario y el anterior, que recoge el impacto de la muerte cuando se produce en personas jóvenes.
39	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	1	27	Respecto al objetivo principal de la Guía sería interesante conocer si el paciente y su familia se encuentra dentro de un programa de cuidados paliativos en la fase previa a la SUD, porque ello puede ser un factor que contribuya a la mejor implementación de esta guía.	Gracias por el comentario. El grupo elaborador considera que aunque es probable que el estar dentro de un programa de cuidados paliativos pueda contribuir a la implementación de la guía, el objetivo de la presente GPC es mejorar el manejo clínico de la SUD, independientemente de si la persona estaba previamente en un programa de cuidados paliativos o no. Se ha incluido una breve explicación al respecto.
40	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	4	44	El proceso de realizar una buena comunicación ayudará en el proceso de duelo de los familiares por lo que es necesario prestar atención a sus necesidades sobre todo cuando son menores, tener en cuenta si el menor es hijo, hermano o nieto dado que el impacto emocional será diferente	Gracias por este comentario. Después de haberlo discutido en el grupo de trabajo, se ha considerado que la información al respecto podría ser suficiente y, por lo tanto, no se ha añadido información nueva al respecto.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				según el rol que desarrolla.	
41	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	5	53	Cuando el paciente no acepte su situación y su final cercano los profesionales deben seguir acompañando desde el respeto al propio ritmo que presenta el paciente y estar disponible para mantener esa conversación si el paciente lo solicita ya que a través del acompañamiento se puede generar el vínculo de confianza que le permita hablar de ello.	Gracias por el comentario. Se ha añadido esta sugerencia como consideración clínica relevante.
42	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	5	55	<i>“La toma de decisiones compartida y el desarrollo del plan de cuidados deben adaptarse a la capacidad del paciente y sus allegados para decidir y a su interés por participar”</i> sin realizar en ningún caso un juicio de valor.	Gracias por el comentario. El grupo elaborador de la guía entiende que el párrafo al que se hace mención hace referencia a la aceptabilidad de las recomendaciones por parte de los pacientes y familiares, y a la necesidad de adaptar el plan de cuidados a sus necesidades, y por lo tanto, no considera pertinente la sugerencia propuesta.
43	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	5	57	Añadir como aptitud del profesional la cercanía y la presencia.	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia a la GPC.
44	Asociación Española de Trabajo Social y Salud	Anexo 10	160	Para instruir a los cuidadores en los cuidados del paciente en SUD es importante evaluar el nivel de fatiga previa que presenta el cuidador para poder ofrecerle todo el apoyo posible. Posibilidad de evaluarla con la escala Zarit.	Gracias por el comentario. Después de discutirlo en el grupo, se ha decidido no incluir esta sugerencia dado que se considera que está fuera del alcance de la guía tal y como se ha planteado en este momento. Se tendrá en cuenta la sugerencia para futuras actualizaciones de la GPC.
45	Asociación	Anexo 10	161	La necesidad de hacer un trámite burocrático	Gracias por la sugerencia. Se ha incorporado un



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Española de Trabajo Social y Salud			<p>puede implicar una intervención del profesional de trabajo social porque se puede dar la situación de que económicamente la familia no pueda hacer frente a los gastos del sepelio, la localización de familiares o la gestión y movilización de recursos para satisfacer las necesidades religiosas y/o espirituales del paciente y la familia. Será necesaria la coordinación con los servicios sociales municipales y/o las organizaciones de pacientes para la adecuada satisfacción de estas necesidades.</p>	punto al respecto en el anexo 10.
46	Asociación Española de Trabajo Social y Salud		Toda la guía	<p>Tras la lectura de la guía la palabra “social” haciendo referencia a los aspectos sociales, psicosociales, riesgo social, etc. aparece en 48 ocasiones, y llama la atención que la profesión de Trabajo Social como tal no aparece en ninguna ocasión, al contrario que otras profesiones, por lo que puede dar lugar a que esta valoración la desarrollen otro tipo de profesiones incurriendo en una situación de intrusismo. La referencia en los aspectos legales al código deontológico de Trabajo Social está únicamente relacionado a esta profesión, que en la guía no se menciona. Por lo que ruego hagan una revisión de ello.</p>	<p>Gracias por el comentario. El grupo de trabajo hace mención a lo largo de toda la guía al equipo multidisciplinar y no ha mencionado ninguna profesión en concreto. Sin embargo, teniendo en cuenta este comentario y el anterior, se ha hecho mención explícita a la figura del trabajador social sanitario en el anexo 10.</p>
47	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	(Comentario general)		<p>Queremos felicitar efusivamente a los autores el exhaustivo trabajo de revisión y consenso realizado en esta guía de práctica clínica, que sin duda será de gran utilidad.</p> <p>Nos gustaría compartir con vosotros los siguientes comentarios generales, con el objetivo de enfatizar algunos aspectos que creemos que son fundamentales:</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>En cuanto a los puntos 1 y 2, el grupo elaborador está muy de acuerdo con el comentario. Sin embargo pensamos que esta idea está recogida en diferentes puntos de la GPC. En cuanto al concepto “segunda transición de la atención paliativa”, después de discutirlo, el grupo elaborador ha decidido no incorporarlo por</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>1) Si bien la presente guía se focaliza explícitamente en la atención “de últimos días” -que equivaldría a la parte final de la llamada “segunda transición” de la atención paliativa (doi: <a href="https://doi.org/10.1136/bmj.c4863">https://doi.org/10.1136/bmj.c4863</a>)-, existe el riesgo de equiparar el concepto de cuidados paliativos a este último tramo del final de la vida, cuando cada vez se está promoviendo más una atención paliativa precoz (doi: <a href="https://doi.org/10.1136/bmj.j878">https://doi.org/10.1136/bmj.j878</a>). Sería interesante aclararlo en el texto introductorio.</p> <p>2) En este sentido, algunos de los conceptos incorporados en el documento (por ejemplo, la Planificación de Cuidados /Decisiones anticipadas), serían más propios de la “primera transición” de la atención paliativa (la situación de últimos días, es ya muy tarde para planificar anticipadamente).</p> <p>3) Tanto en la magnífica revisión de la bibliografía, como en las propuestas de buenas prácticas predomina la mirada paliativa clásica (la de “persona joven con cáncer”). En este sentido, el resto de condiciones crónicas (enfermedad de órgano, demencia, fragilidad avanzada,...) y las formas de presentación clínica (por ejemplo, en base a la aparición de síndromes geriátricos) y necesidades de las personas mayores, quedan relativamente poco</p>	<p>considerarlo un concepto muy específico.</p> <p>En cuanto al punto 3 estamos totalmente de acuerdo con la escasez de evidencia científica específicamente en personas mayores. Hemos introducido el comentario que sugieren al respecto.</p> <p>En cuanto al punto 4 somos conscientes de que la nomenclatura puede resultar confusa para personas que no estén familiarizadas. Sin embargo son las directrices para las guías del programa de GPC en el SNS y la que se plantean como estándares a nivel internacional y, por lo tanto, no tenemos margen de actuación al respecto. De todas formas hemos incluido notas en los pies de las tablas que intentan clarificar estos aspectos.</p> <p>En cuanto al punto 5, la metodología también exige que para cada pregunta clínica tengamos que presentar todo el contenido de los factores contemplados para el paso de la evidencia a la recomendación de la metodología GRADE y, al igual que en el punto anterior, es un requisito de las GPC del programa en el SNS. En relación a este comentario, este formato está pensado para su difusión como contenido digital (formato en capas), por lo que esperamos que la versión digital final sea de más fácil lectura. Se tendrá en cuenta la sugerencia para futuras actualizaciones de la GPC.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>reflejadas en el documento. En el apartado “comentarios específicos” hacemos énfasis en alguno de estos aspectos.</p> <p>4) La nomenclatura utilizada en la primera columna del cuadro resumen (por ejemplo BPC, nueva / Débil a favor, adaptada/...) puede resultar poco comprensible para los profesionales no familiarizados con el documento</p> <p>5) Finalmente, en el documento existen múltiples reiteraciones, hecho que probablemente contribuye a la extensión del mismo.</p>	
48	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Reconocimiento de situación de últimos días	19	<p>Primer recuadro “<i>Cuando se está...</i>”: La recomendación de evaluar el pronóstico de supervivencia cuando se quiere identificar la situación de últimos días probablemente suena redundante; podría ser de más utilidad incorporar el concepto de “diagnóstico situacional” (<a href="https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002">https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002</a>): “... se recomienda realizar el diagnóstico situacional e identificar si se encuentra en una probable situación de últimos días...”</p>	Gracias por el comentario. Hemos introducido el concepto de diagnóstico situacional en la recomendación.
49	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Reconocimiento de situación de últimos días	19	<p>Segundo recuadro “<i>Se recomienda apoyar el juicio clínico...</i>”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Primer punto “Valoración de la...”</i>: Se propone texto alternativo, incorporando el</li> </ul>	<p>Gracias por el comentario.</p> <p>En cuanto al primer punto, se ha modificado la recomendación incorporando la sugerencia.</p> <p>En cuanto la siguiente sugerencia, se ha eliminado la referencia al empleo de biomarcadores.</p> <p>En cuanto al último punto nos gustaría hacer</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>concepto de reversibilidad:</p> <p><i>“Valoración de la coherencia entre la evolución esperable y la aparición de signos y síntomas, descartando situaciones potencialmente reversibles”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuarto punto (biomarcadores):</i> La recomendación de su uso en la situación de últimos días puede promover el incremento de acciones agresivas (analíticas,...) en esta fase. Estas acciones tienen sentido más para buscar situaciones potencialmente reversibles que no para confirmar el diagnóstico de últimos días.</li> <li>• <i>Quinto punto “Consideración de las opiniones...”:</i> El consenso en el equipo interdisciplinario resulta fundamental para la identificación de la situación de últimos días. Así pues, no debería constar como un punto final, como una “consideración de otras opiniones”, si no en el párrafo introductorio: <p><i>“Se recomienda apoyar el juicio clínico y la valoración interdisciplinaria (pieza clave en el diagnóstico de situación de últimos días) con: “</i></p> </li></ul>	<p>énfasis en que el orden de las recomendaciones o consideraciones clínicas no refleja su importancia. Tras discutir este punto no se ha considerado pertinente añadir la valoración interdisciplinaria en la primera recomendación, considerando que podría ser una barrera para los profesionales que no trabajan con unidades estructuradas.</p>
50	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Reconocimiento de situación de últimos días	19	<p>Tercer recuadro <i>“Se sugiere...”:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tercer punto “Cambios del estado físico: Incontinencia o retención urinaria por debilidad”:</i></li> </ul>	<p>Gracias por el comentario.</p> <p>En cuanto al primer punto se ha eliminado el término “por debilidad”. Aunque somos conscientes de que podría ser muy interesante considerarlo un síntoma, al igual que otros como el estreñimiento,</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al menos en población geriátrica, el concepto “retención urinaria por debilidad” no se considera apropiado.</li> <li>○ En esta población la retención urinaria suele estar condicionada por fármacos y la inmovilidad, y no sería un buen marcador para identificar situación de últimos días.</li> <li>○ En este sentido, más que un marcador, la retención urinaria debería incluirse más en el apartado de síntomas que en el apartado de diagnóstico de final de vida.</li> </ul> <p>• <i>Cuarto punto “Cambios cognitivos...”:</i> Constatamos una cierta confusión semántica entre los conceptos “delirio”, “delirium”, “confusión”, “agitación” “ansiedad”, y “disminución de la atención”. La disminución de la atención es típica del delirium (que no el delirio). El delirium puede ser hipoactivo o hiperactivo (caso en el cual cursa con agitación).</p> <p>Así pues, sería suficiente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disminución del nivel de alerta (desde somnolencia al coma)</li> <li>○ Delirium hipoactivo o hiperactivo</li> </ul> <p>• <i>Quinto punto “Cambios psicosociales...”:</i> El concepto de “cambios de estado de ánimo o en la experiencia espiritual” es muy</p>	<p>no se ha podido incluir por la necesidad de centrar el alcance y objetivos de la guía. Se tendrá en cuenta la sugerencia para futuras actualizaciones de la GPC.</p> <p>En cuanto al segundo punto se ha incorporado la sugerencia al texto de la GPC.</p> <p>Siguiendo la tercera sugerencia se han desglosado los cambios psicosociales y emocionales de los cambios en la experiencia emocional.</p>





Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				genérico y puede inducir a error.	
51	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Reconocimiento de situación de últimos días	20	<p>Cuarto recuadro “<i>Se recomienda investigar y descartar ...</i>”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La situación de últimos días -cuando frecuentemente el paciente ya está muy deteriorado-, es ya muy tarde para empezar a investigar los valores y preferencias del paciente. Las recomendaciones tendrían que enfatizar la necesidad de hacer este proceso de forma precoz.</li> <li>• El delirium no es una causa, si no una manifestación del deterioro</li> </ul>	<p>Gracias por los comentarios. Aunque somos conscientes que en los últimos días es “tarde” para investigar valores y preferencias, en la actualidad todavía hay pacientes que llegan a la última etapa sin haberlas expresado. Por ello, hemos mantenido la recomendación, aunque en el apartado de “otras consideraciones” hemos tratado de enfatizar este punto.</p> <p>En cuanto al delirium, estamos de acuerdo con la sugerencia, y lo hemos eliminado de la recomendación.</p>
52	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Toma de decisiones compartida y desarrollo del plan de cuidados	20	<p>Primer recuadro “<i>Se recomienda, a pesar de la incertidumbre ...</i>”:</p> <p>Como se ha comentado previamente, éste proceso debería iniciarse de forma precoz, en base a una identificación temprana de persona con pronóstico de vida limitado / necesidades paliativas</p>	<p>Gracias por el comentario. Al hilo de la sugerencia anterior, estamos de acuerdo con la necesidad de iniciar estos procesos de forma precoz, aunque dado que en la actualidad todavía no es la realidad en todos los casos hemos considerado mantener esta recomendación en la GPC.</p>
53	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Toma de decisiones compartida y desarrollo del plan de cuidados	21	<p>Cuarto recuadro “<i>Se recomienda registrar ...</i>”:</p> <p>Sería importante hacer énfasis en que la información registrada estuviera disponible para los distintos profesionales/equipos que puedan participar en la atención de la persona, dada las frecuentes transiciones entre distintos ámbitos asistenciales de las personas en situación de últimos días.</p>	<p>Gracias por el comentario. Atendiendo a esta sugerencia hemos incorporado la expresión “todos los profesionales” a la recomendación.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
54	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Hidratación	21	<p>Tercer recuadro “<i>Si se indica hidratación artificial ...</i>”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuarto punto “<i>Se recomienda no utilizar la vía eneral...</i>”: Se podría añadir la recomendación de rotar a vía subcutánea en caso de pérdida de una vía endovenosa previamente disponible</li> </ul>	Gracias por el comentario. En aras de no complicar la recomendación, hemos considerado no añadir ninguna recomendación adicional al respecto.
55	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Dolor	23	<p>Quinto recuadro “<i>En caso de instauración de tratamiento opioide ...</i>”: El concepto “<i>morfina de liberación rápida</i>” puede crear confusión (induciendo a creer que se recomienda únicamente la vía oral, cuando muchas veces existe imposibilidad de utilización de esta vía dado la situación global de la persona). Sería más apropiado hablar de “<i>morfina de acción rápida</i>”.</p>	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia al texto de la GPC, incidiendo en el concepto “ <i>mecanismo de acción rápida</i> ”.
56	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Disnea	23	<p>Tercer recuadro “<i>Se recomienda ofrecer un ensayo...</i>”: Existen dudas sobre la evidencia de la administración de oxigenoterapia en caso de ausencia de hipoxemia, y puede resultar iatrogénico en personas con hipercapnia (por ejemplo, empeorar una situación de delirium).</p> <p>Si el objetivo es el efecto placebo, se pueden proponer alternativas (aire respirable, colocar un ventilador en la habitación,...)</p>	Gracias por el comentario. El planteamiento en este punto es dar prioridad a las medidas no farmacológicas y ante el fracaso de estas se propone O2 o medicamentos. Estamos de acuerdo en lo expuesto sobre el O2 pero si se ensaya en un paciente y se obtienen una mejoría subjetiva debería mantenerse. Por todo ello hemos considerado no modificar esta recomendación.
57	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Ansiedad, delirium y agitación	23	<p>Según se ha comentado previamente, sería suficiente con que en el título constara ansiedad y delirium (siendo la agitación una manifestación del delirium hiperactivo).</p>	Gracias por el comentario. Este punto ha sido muy discutido en el grupo elaborador. Finalmente se ha decidido mantenerlo en el título de los epígrafes pero puntualizar el tema en el desarrollo de la pregunta clínica. Por ello consideramos que este



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					momento no habría que hacer ningún cambio al respecto.
58	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Ansiedad, delirium y agitación	23	Segundo recuadro “ <i>Se recomienda explorar ...</i> ”: Se propone cambiar el concepto de “retención fecal” por “impactación fecal”	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia.
59	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	Resumen: Estertores	23	Quinto recuadro “ <i>Se sugiere el uso de butilbromuro...</i> ”: Al menos en personas de perfil geriátrico, no es recomendable el uso de atropina, dada su vida media y el mayor riesgo de taquicardia/incremento de la disnea.	Gracias por el comentario. El grupo elaborador considera que la atropina debe considerarse una alternativa y no una primera elección. De todas formas se ha añadido este tema como consideración clínica relevante.
60	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	1	26	No se entiende esta frase: “ <i>Facilitar un buen final de la vida define una sociedad avanzada y buena y, siendo que el nuevo paradigma extiende temporal y conceptualmente la atención paliativa, podemos entrar en una pendiente resbaladiza al olvidar que la atención al moribundo es trascendental</i> ”.	Gracias por el comentario. Se ha intentado mejorar la redacción en este punto.
61	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	32	Las escalas que se proponen (PPS, ECOG) están orientadas al paciente oncológico, pero no del paciente geriátrico.	Gracias por el comentario. El grupo elaborador de la guía es consciente de las limitaciones de la PPS y el ECOG, pero se mencionan porque son los que se han analizado en la evidencia científica revisada.
62	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	32	Cuando se mencionan los síntomas diagnósticos de SUD añadiría: “ <i>en el contexto del curso natural de la enfermedad (ver recomendación 2)</i> ”.	Gracias por el comentario. Se ha añadido la propuesta a la recomendación.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
63	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	32	El epígrafe del delirium no debería de desagregarse, como hemos comentado anteriormente	Gracias por el comentario. Como hemos explicado en la sugerencia anterior, finalmente hemos decidido mantenerlo en los epígrafes.
64	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	33	Probablemente en este momento es ya muy tarde para explorar los valores y expectativas del paciente, como hemos comentado anteriormente	Gracias por el comentario. Como hemos expuesto en las sugerencias anteriores consideramos necesario mantenerlo.
65	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	34	¿Es correcta la cifra de más de 70.000 pacientes?	Gracias por el comentario. El estudio al que se hace referencia es el publicado por Loekito et al., 2013, con una muestra de 71.453 pacientes (Loekito E, Bailey J, Bellomo R, Hart GK, Hegarty C, Davey P, et al. Common laboratory tests predict imminent medical emergency team calls, intensive care unit admission or death in emergency department patients. Emerg Med Australas. 2013;25(2):132-9. PubMed PMID: 23560963)
66	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	34	¿Podemos extrapolar estos hallazgos de pacientes con cáncer a pacientes no oncológicos? No consta la edad de estos pacientes, pero suele ser inferior a la de una población muy envejecida que muere de otras causas que no son cáncer. Estas afirmaciones ¿podrían ser válidas para ellos también? Toda la evidencia recogida hace referencia a pacientes con cáncer	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la información de la edad media de los estudios en el texto de la GPC.
67	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	34	“Un estudio de baja calidad (n = 93) también mostró que la fatiga y la desaturación fueron predictores de la mortalidad a dos semanas [HR 5.90 (2.04, 17.03) y HR 3.30 (1.42, 7.66)], respectivamente”. ¿En qué tipo de pacientes? La	Gracias por el comentario. Se ha aclarado que los pacientes son personas con cáncer de pulmón. Sobre el término fatiga se ha mantenido debido a que es el empleado en la GPC del NICE que se ha tomado como referencia, aunque entendemos que



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				fatiga es un término equívoco que debería sustituirse	puede ser equívoco. Esperamos que haber aclarado la población pueda mejorar la comprensión de los resultados.
68	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	3	35	¿es correcto deterioro físico? Lo que quieren decir es ¿deterioro funcional? No queda claro. ¿Como se evalúan los cambios espirituales?	Gracias por el comentario. Los estudios cualitativos incluidos hacen mención a “deterioro físico” y por eso se ha mantenido el término (Kumagai 2012, Domeisen 2013, Dendaas 2002, van der Werff 2012), sin embargo, algunos de los hallazgos hacen referencia a un deterioro funcional, y por lo tanto se ha añadido el término. En cuanto a los cambios espirituales, en los estudios evaluados los profesionales entrevistados describen cambios espirituales, pero no se informa sobre el método de evaluación (Dendaas 2002; van der Werff 2012). De todas formas los hallazgos de los estudios individuales se describen en mayor profundidad en el material metodológico de la guía.
69	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	-	-	En todos los epígrafes se habla de la equidad de la atención y se hace referencia a que no se ha realizado una búsqueda sobre el tema. ¿Es correcto incluir un apartado que no se ha revisado?	Gracias por el comentario. La propia metodología GRADE plantea la posibilidad de responder a algunas de las cuestiones de una forma más pragmática, incorporando el conocimiento y experiencia del grupo elaborador, si bien es necesario aclarar que no se ha realizado una búsqueda específica sobre el tema.
70	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	4	41	Es importante resaltar la frecuencia con la que a los ancianos se les excluye de la información tanto por parte de los profesionales como de sus familiares. En un porcentaje muy alto de ocasiones la SUD ya no permite hacer esto que se debería haber hecho antes. Debería añadirse un comentario al	Gracias por el comentario. Se ha añadido un comentario al respecto en el apartado de “Otras consideraciones”.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				respecto	
71	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	4	43	En la tabla 2 se incluye la edad. Aquí se recoge este factor, pero en el desarrollo no se hace mención a la necesidad de no considerar al mayor como incapacitado para recibir información y para tomar sus propias decisiones	Gracias por el comentario. Se ha añadido información sobre este punto en el apartado de "Otras consideraciones".
72	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	4	44	No se entiende el concepto " <i>relacionadas con la propia relación</i> "	Gracias por el comentario. Se ha intentado mejorar la redacción en este punto.
73	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	4	46	Sería interesante añadir que desgraciadamente en muchas ocasiones se deja al margen al anciano, al que no se considera capaz de tomar decisiones	Gracias por el comentario. Se ha añadido información al respecto tal y como se describe en la anterior sugerencia sobre este tema.
74	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	5	50	Debería recalcar la importancia de que la historia clínica tenga un espacio específico y adecuado para recoger esta información	Gracias por el comentario. Se ha añadido esta sugerencia la texto de la GPC como consideración clínica relevante.
75	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	5	51	Debería reflexionarse por qué ningún estudio incluye a los pacientes que son el objetivo fundamental de nuestra actuación	Gracias por el comentario. Ciertamente en sus discusiones el grupo de trabajo ha reflexionado sobre la ausencia de estudios y se han realizado recomendaciones de investigación al respecto.
76	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	5	56	" <i>No se debe tratar a la persona como incapaz si no se ha valorado la capacidad o si toma una decisión que no gusta a los que tiene alrededor.</i> " Debe tenerse muy presente esta frase en los ancianos	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia al texto de la GPC.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
77	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7	69	¿Por qué no es aplicable la justificación detallada?	Gracias por el comentario. Se ha explicado brevemente que estas recomendaciones se han realizado siguiendo los principios de prescripción en atención paliativa.
78	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7	73	Las escalas de valoración del dolor mencionadas son muy difícil de utilizar en pacientes mayores en SUD. Se debería hacer referencia a otras como el PAIN-AD.  Creo que esta escala debería aportarse para que la gente disponga de ella dado el elevado número de pacientes que llegan a SUD con deterioro cognitivo	Gracias por el comentario. La escala PAINAD se incluye en los anexos, junto con otras escalas conductuales como la escala de expresión facial y la escala de Campbell, sin embargo se ha hecho énfasis en la relevancia de emplear estas escalas cuando existe dificultad en el empleo de métodos de evaluación verbal.
79	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7	74	El epígrafe información adicional está vacío	Gracias por el comentario. En ocasiones el grupo elaborador no aporta o considera información adicional y, por ello, este subapartado aparece vacío.
80	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7	76	<i>“Al igual que en el resto de áreas clínicas de esta guía, puede haber diferencias en el control del dolor en enfermedades oncológicas frente a las no oncológicas. Además, puede haber poblaciones especialmente vulnerables debido a la dificultad de expresar el dolor (por ejemplo, personas con deterioro cognitivo, demencia, discapacidad, problemas para la comunicación, o edad avanzada). Por todo ello la implementación de las recomendaciones de esta guía pueden mejorar la equidad en el acceso al tratamiento del dolor en situación de últimos días y en sus resultados.”</i> Para conseguir esto es importante la utilización de las escalas que sean las más adecuadas para cada paciente así como las dosis	Gracias por el comentario. Se ha añadido la sugerencia la texto de la GPC.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				ajustadas de manera individual.	
81	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7	76	Otra barrera sería su no identificación en los pacientes con demencia o delirium	Gracias por el comentario. Se ha incorporado la sugerencia al texto de la GPC.
82	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7.3	83	No se menciona la conveniencia o no de mantener los diuréticos en pacientes que llegan a esta situación en EAP (a valorar)	Gracias por el comentario. El grupo elaborador considera que esta cuestión ya está recogida en la recomendación 1 " Se recomienda mantener e iniciar tratamiento específico..." (incluye los diuréticos en ICC o broncodilatadores en EPOC...)
83	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7.5	89	Título: eliminar el concepto de "agitación"	Gracias con el comentario, ya respondido en comentarios anteriores.
84	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	7.5	91	Se debería mencionar la necesidad de evitar las sujeciones mecánicas. Nadie debería morir atado.	Gracias por el comentario. En la guía se hace referencia a que se deben usar solo si es necesario para evitar accidentes.
85	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	8	108	Esta frase no se entiende en este párrafo: " <i>Los síntomas refractarios más frecuentes son el delirium, la disnea, el dolor y las convulsiones. En ocasiones pueden aparecer procesos agudos. En SUD también son frecuentes las situaciones como la hemorragia masiva o la asfixia (171)</i> ".	Gracias por el comentario. Hemos corregido la redacción de este párrafo.
86	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	8	109	El orden para otorgar queda definido en la ley de atención al final de vida y debería plasmarse tal y como aparece en la ley.	Gracias por el comentario. Finalmente se ha modificado la información, y se ha descrito tal y como se refleja en la ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información





Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					y documentación clínica; en su texto consolidado), dado que el orden para otorgar el consentimiento por representación queda definido en las diferentes legislaciones autonómicas al respecto.
87	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	8	109	El concepto de “sedación intermitente nocturna”, probablemente es un concepto equívoco.	Gracias por el comentario. Aunque es posible que sea un concepto equívoco, lo hemos mantenido porque así aparece reflejado en la literatura.
88	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	8	109	Respecto al documento de sedación en COVID-19, Se trata de un documento elaborado de forma rápida en una situación de urgencia y en aquellos momentos con menos información que ahora, sobre la forma en la que los pacientes con COVID fallecen. En el contexto actual, necesitaría de una revisión / actualización.	Gracias por el comentario. El objetivo de mencionar el documento meramente informativo, aunque somos conscientes de que en el contexto actual el documento probablemente necesitaría una revisión/actualización.
89	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	8	109	El párrafo sobre la eutanasia requiere actualización	Gracias por el comentario. Se ha actualizado la información.
90	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	10	113	Desde 2018 ya habría tocado actualizarla	Gracias por el comentario. Dada la situación de pandemia en la que nos encontramos el cronograma de la guía ha sufrido retrasos. De todas formas hemos mantenido alertas activas en las bases de datos para asegurar que no se publicase ningún estudio que pudiese impactar en las recomendaciones.
91	Sociedad Española de Geriatria y			Las dosis de los fármacos propuestas son mayoritariamente más elevadas de las que se utilizan habitualmente para los ancianos.	Gracias por el comentario. Después de revisar este punto en la GPC, el grupo elaborador considera que hay menciones de precaución en ancianos en



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Gerontología			Aunque no se revisen todas las dosis, al menos se debería mencionar esta característica.	en el apartado de “observaciones” en el vademécum, y por lo tanto considera que no es necesario añadir nueva información al respecto.
92	Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria	Anexo 10	160	<p>“evitar el exceso de personas en la habitación.”</p> <p>Suprimir o modificar</p> <p>Si durante toda la guía se ha dado relevancia al acompañamiento por sus seres queridos mantengo el criterio que debe seguir durante la sedación, en beneficio del paciente y de los familiares (sean pocos o numerosos). No se debe considerar factor ambiental el número de personas.</p> <p>Recomendaciones para el acompañamiento en los últimos días. Govern de les Illes Balears; 2015. <a href="https://www.universidadpopular.es/images/PDFs/Acompanamiento-ultimos-dias-Versio-final.pdf">https://www.universidadpopular.es/images/PDFs/Acompanamiento-ultimos-dias-Versio-final.pdf</a></p> <p>Guía de orientación a la familia y personas cuidadoras de últimos días. Dirección Territorial de Ceuta; 2017. <a href="http://www.carehome.com.ar/uploads/Guia_Cuidadoras.pdf">http://www.carehome.com.ar/uploads/Guia_Cuidadoras.pdf</a></p>	Gracias por el comentario. Siguiendo su propuesta se ha modificado esta expresión, por una alternativa que enfatiza que el número de personas debe permitir la comodidad y seguir los deseos del paciente.
93	Fundación CUDECA (Cuidados del Cáncer)	(Comentario general)		Tras valorar las recomendaciones realizadas por el GEG (grupo elaborador de la guía) y evaluar los aspectos que nos han solicitado (interpretación de la evidencia, consonancia de los algoritmos con las recomendaciones, adecuación del contenido del anexo de información para pacientes para sus potenciales usuarios e indicadores propuestos), consideramos que no es necesario aportar evidencia adicional ni otras posibles consideraciones no tenidas en cuenta.	Gracias por el comentario. Esperamos que esta GPC pueda ser una herramienta para mejorar la práctica clínica de los pacientes en situación de últimos días.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				Así mismo deseáramos agradecerles la oportunidad de participar en la revisión de esta Guía y felicitarles por el resultado. Como Fundación que se dedica a la atención a pacientes al final de la vida y sus familias consideramos que será una referencia de obligada consulta para atenderles con los mejores cuidados y la mejor evidencia disponible	