

SJP, Penal sección 1 del 15 de febrero de 2021 (ROJ: SJP 5/2021 - ECLI:ES:JP:2021:5)

Id. CENDOJ: 12138510012021100001 - Órgano: Juzgado de lo Penal - Sede: Vinaròs - Sección: 1 - Sentencia: 33/2021 - Recurso: 328/2020 - Fecha de Resolución: 15/02/2021 - Procedimiento: Penal. Procedimiento abreviado y sumario
Ponente: IGNACIO LASIERRA GOMEZ
Tipo de Resolución: Sentencia

SENTENCIA**JUZGADO DE LO PENAL NÚMERO UNO**

DIRECCION000

JUICIO ORAL nº 328/2020**EN NOMBRE DE S.M. EL REY****SENTENCIA Nº 33/2021**

En DIRECCION000, a 15 de febrero de 2021.

El Ilustrísimo Sr. D. Ignacio Lasiera Gómez , Magistrado de este Juzgado ha visto en juicio oral y público los presentes **autos nº 328/20**, provenientes del Procedimiento Abreviado nº 1.037/18 del Juzgado de Instrucción número 4 de DIRECCION000, seguido por un supuesto delito de homicidio imprudente por imprudencia profesional, atribuido a **Paula** , representada por la Procuradora Sra. M^a Ángeles Bofill Fibla y asistida por el Letrado Sr. José Pascual Fernández Gimeno; y a **Rosana**, representada por la Procuradora Sra. Pilar Sanz Yuste y asistida por el Letrado Sr. Francisco Fernando Badenes-Gasset Ramos, interviniendo en calidad de responsable civil directa la entidad DIRECCION001, representada por el Procurador Sr. Jesús Ribera Huidobro y asistida por el Letrado Sr. Agustín Navarro Forné en sustitución del Sr. Carlos Miguel Forner Vivas; interviniendo en calidad de responsable civil directa la entidad AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA; interviniendo en calidad de responsable civil subsidiaria la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, asistida y representada por el Abogado de la Generalitat Valenciana Sr. Roberto Álvaro Gómez; interviniendo en calidad de acusación particular D^a Esmeralda y D. Arturo, representados por el Procurador Sr. Antonio José García Aracón, y asistidos por el Letrado Sr. Rubén Darío Delgado Ortiz; e interviniendo en calidad de acusación pública el representante del Ministerio Fiscal el Ilustrísimo Sr. Sergio Bataller Lara.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Las presentes actuaciones se iniciaron en virtud de denuncia formulada por el Gerente del Departamento de Salud de Castellón en fecha 14 de noviembre de 2018, por la presunta comisión de un delito de muerte por imprudencia.

SEGUNDO.- El Ministerio Fiscal elevó a definitivas sus conclusiones contenidas en el escrito de acusación inicialmente presentado, solicitando que se le impusiera a cada una de las acusadas Paula y Rosana, como respectivas autoras de un delito de homicidio imprudente cometido por imprudencia profesional del [artículo 142.1º apartado y 3 del Código Penal](#), no concurriendo circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena, para cada una de ellas de tres años de prisión, y accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena; del mismo modo interesó la inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión sanitaria o de la profesión de enfermera, durante el tiempo de tres años, y pago de costas procesales. Del mismo modo se solicitó que se condenara de modo conjunto y solidario a las dos acusadas, y a las responsables civiles directas SEGURCAIXA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, y AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, y de forma subsidiaria a la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana , a satisfacer a D^a Esmeralda y a D. Arturo, de manera conjunta como padres del niño fallecido, la cantidad de 600.000 euros por los perjuicios causados, más los intereses legales del [artículo 576 de la LEC](#).

Por la acusación particular, compartiendo la calificación jurídica de los hechos efectuada por el Ministerio Fiscal, no concurriendo circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, interesó la condena de las dos acusadas, para cada una de ellas, a las penas, de cuatro años de prisión y accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena; del mismo modo interesó la inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión como enfermera, durante

el tiempo de seis años, y pago de costas procesales, incluidas las de la acusación particular. Del mismo modo se solicitó que se condenara de modo conjunto y solidario a las dos acusadas, y a las responsables civiles directas SEGURCAIXA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, y AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, y de forma subsidiaria a la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, a satisfacer a D^a Esmeralda y a D. Arturo, de manera conjunta como padres del niño fallecido, la cantidad de 600.000 euros por los perjuicios causados, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro respecto de las entidades aseguradoras y los legales del artículo 576 de la LEC para los restantes.

TERCERO.- La defensa de la acusada Paula, solicitó la libre absolución de la misma, interesando de forma alternativa su condena como autora de un delito de homicidio imprudente del artículo 142.2 del Código Penal, con aplicación de la circunstancia atenuante de confesión del artículo 21.4 del Código Penal; de la atenuante de reparación del daño del artículo 21.5 de la misma norma, o la análoga del artículo 21.7 en relación con el anterior; de la atenuante análoga del artículo 21.7 del Código Penal en relación con el artículo 21.1 y 20.7 de la misma norma, respecto de la causa de justificación de cumplimiento de un deber, proponiendo pena de 23 días multa a 6 euros diarios. Alternativamente interesó la calificación como homicidio imprudente del artículo 142.1 del Código Penal, concurriendo a mismas circunstancias atenuantes referidas en la anterior calificación, interesando pena de tres meses de prisión, e inhabilitación especial para trabajar como enfermera en el servicio de urgencias y pediatría.

La defensa de **Rosana**, interesó la absolución de su defendida, y alternativamente solicitó la mismas calificaciones referidas por la defensa de Paula.

La defensa de la responsable civil directa **SEGURCAIXA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS**, interesó la absolución de las acusadas, y para el supuesto de condena interesó la adecuación de la indemnización conforme a la Ley 35/2015, poniendo de manifiesto la indemnización ya satisfecha a los padres de la fallecida.

II.- HECHOS PROBADOS

ÚNICO.- Se considera probado que sobre las 13:15 horas del día 13 de Noviembre de 2018, D. Arturo y D^a Esmeralda, acudieron al Servicio de Urgencias del HOSPITAL001 de DIRECCION000, junto con su hija menor de edad, Reyes, nacida el día NUM000 de 2016, la cual presentaba un cuadro de diarreas de cinco días de evolución, con deposiciones líquidas y vómitos, siendo atendida a su ingreso por la doctora del servicio de urgencia D^a Violeta, que practicó a la menor una exploración física y toma de constantes con el resultado de temperatura: 35,5 °C, glucemia de 77 mg/dl, cetonemia: 4.4 mmol/l, tensión arterial: 98/64 mmHG, frecuencia cardíaca: 127 ppm, saturación O₂: 100%, peso actual de 12,5 kg y buen estado general, con un diagnóstico de deshidratación leve, ante la cual, y en el correcto desempeño de sus funciones profesionales, indicó una pauta de tratamiento a la menor consistente en fluidoterapia glucosalino 1/3 500ml, más 40 ml glucosado al 50%, primera hora a 250 ml/h, y de la segunda a la cuarta hora a 125 ml/h.

Que la referida pauta de tratamiento fue indicada de manera escrita y verbal, para su aplicación, por la doctora D^a Violeta a la enfermera del turno de la mañana y acusada por estos hechos Paula, mayor de edad, nacida el día NUM001 de 1980, con DNI NUM002, sin antecedentes penales, la cual con desconocimiento grave de la técnica y ciencia aplicable al desempeño de su profesión, debido a su falta de atención y cuidado en el examen de la paciente, sobre las 14:55 horas del citado día, administró a la menor de edad un tratamiento distinto al pautado y consistente en fluidoterapia glucosalino 1/3 500 ml a 40 ml/h y además glucosado al 50% a 250 ml/h mediante dos goteros independientes colocados en forma de "Y" a la misma vía, dejando preparado para pasar otro recipiente de glucosado de las mismas características que el anterior, colgado en el mismo palo de gotero, cesando en su puesto de trabajo a las 15 horas por cambio de turno.

Acto seguido, y coincidiendo con el cambio de turno referido, la enfermera de turno de tarde, Rosana, mayor de edad, nacida el día NUM003 de 1992 con DNI NUM004, con antecedentes penales no computables, asumió desde las 15:00 horas del precitado día la asistencia sanitaria a la menor Reyes, la cual con desconocimiento grave de la técnica y ciencia aplicable al desempeño de su profesión, debido a su falta de atención y cuidado en el examen de la paciente y de su historial clínico, sin revisar la pauta que se había prescrito a la menor y la que se le estaba suministrando, sin previa consulta con el facultativo que había indicado la pauta de tratamiento, sobre las 15:15 horas se percató que la bomba que administraba el suero glucosado había finalizado, y procedió sin advertir el error en el que había incurrido la otra acusada, a administrar a la menor un nuevo suero glucosado (el que ya constaba colgado del mismo palo de gotero), llegando instantes después tras requerimiento de los padres a manipular la máquina que administraba el tratamiento, la cual se encontraba pitando al estar la vía ocluida, permitiendo que la dosis siguiera administrándose a la menor. Minutos más tarde, la acusada **Rosana** entró en varias ocasiones al box pediátrico en el que se encontraba la menor tras ser advertida por los padres del empeoramiento del estado de su hija, y procedió sobre las 15:45 horas a administrar un nuevo suero glucosado a la menor tras la finalización del anterior.

Como consecuencia de estos actos, el estado de la menor Reyes empeoró con signos de dolor y debilidad generalizada, sufriendo sobre las 16:00 horas una situación de Hiperglucemia y un cuadro convulsivo, con convulsiones tónico-clónicas generalizadas de treinta minutos de duración, pese a que se le administró medicina necesaria para revertir el estado en el que se encontraba. La menor Reyes entró en un estado de coma hiperglucémico con un nivel de glucemia de 1.732 mg/dl que la colocó en una situación de extrema gravedad y de incompatibilidad con la vida, siendo trasladada por el SAMU a la UCI pediátrica del HOSPITAL000 de Castellón, en el que se certificó su fallecimiento a causa del fallo multiorgánico y del edema cerebral con hemorragia subaracnoidea a nivel frontoparietal bilateral con enclavamiento amigdalár.

El HOSPITAL001 de DIRECCION000, perteneciente a la Generalitat Valenciana tenía concertado seguro de responsabilidad civil para el mismo y para el personal a su servicio con la compañía SEGURCAIXA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, de la misma forma la acusada **Paula** tenía concertada una póliza de responsabilidad civil con la compañía AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA.

D. Arturo y D^a Esmeralda, padres de la menor fallecida, hija única a la fecha de los hechos, de baja laboral desde entonces, habiéndoseles diagnosticado un desorden de estrés postraumático estando en tratamiento psiquiátrico, reclaman por estos hechos. SEGURCAIXA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS consignó judicialmente para pago a los denunciados en fecha 11 de noviembre de 2019 la cantidad de 142.595,60 euros por los perjuicios causados a los mismos, abonados a su Procurador en fecha 11 de diciembre de 2019.

III.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- Procede en primer lugar la valoración de la prueba practicada en el plenario, a los efectos de analizar la integración o no de la conducta de las acusadas en la figuras típicas que han sido puestas de manifiesto por las acusaciones.

La acusada Paula ha comparecido al plenario disponiendo que el día 13 de noviembre de 2018 sobre las 13:15 horas se hallaba desempeñando funciones propias de enfermera en urgencias del HOSPITAL001 de DIRECCION000. Urgencias se halla dividida en tres partes: contactos de adultos y pediátricos, triaje y boxes; al tiempo había cinco enfermeras, una en cada servicio de forma asignada, y dos más aparte; ella estaba en contactos. Desde que inició su turno de mañana pasaron 48 pacientes, hasta su conclusión a las 15:00 horas. Cuando entró en urgencias la menor Reyes, había ya otros pacientes, pero desde entonces hasta que finalizó su turno no tantos. La menor no presentaba mal estado general cuando entró en urgencias. Mostrado el folio 156, reconoce la prescripción impuesta para la menor por la Dra. Violeta; recuerda que le pasó la prescripción por escrito, pero no recuerda si lo hizo verbalmente. Entendió, erróneamente, que tenía que pasar el glucosalino 1/3 500 ml a 40 ml/h, y que tenía que pasar el glucosado al 50% a 250 ml/h. El ondasetron se lo puso de forma previa con 100 ml de suero fisiológico que pasaron en unos 15 minutos calcula, siendo que el 20% del producto se queda en la bomba. El suero glucosalino y el glucosado se puede pasar de dos formas, no indicándole la doctora el modo en que debía hacerlo; pero ella, que era la primera vez que pasaba un perfusión así (era la primera vez que estaba en urgencias pediátricas), decidió pasarlo en forma de "Y", esto es, dos goteros, cada uno con su bomba, que diluían los dos sueros en la Y, antes de entrar por la vía puesta. Reconoce que tenía 4 años de experiencia como enfermera, y llevaba dos años en urgencias, pero con un tercio de jornada.

Asegura que da lo mismo poner los sueros en "Y", que hacerlo de forma directa en un solo gotero; pero era la primera vez que colocaba el suero de esta forma sola, aunque sí lo había hecho en compañía de otras compañeras. Reconoce que, en el caso de goteros para adultos, sí había utilizado la técnica de extraer del recipiente de suero glucosalino una cantidad para añadirle por otro lado la que había extraído previamente del recipiente de suero glucosado, pero también afirma que en esos casos la introducción de la medicación se efectuaba en bolo, a veces. Entiende que a los 15 minutos de haber colocado el glucosado, la bomba podía pitar porque habría pasado el 80% del suero, a parte de que se trata de una sustancia muy densa y que obstruye a menudo la vía. Niega haber dejado preparado otro recipiente de suero glucosado en el palo del gotero en el que ya estaba colgado el primer recipiente de glucosado. A la noche le llamó por teléfono D^a Soledad, enfermera supervisora de urgencias, pudiéndola haber dicho que sí se pudo equivocar al suministrar la medicación porque tenía mucho trabajo. Al mismo tiempo, en otro Box había un menor paciente psiquiátrico complicado.

Mantiene que el relevo de una enfermera a otra se produce de forma verbal, y la interpretación por parte de la nueva enfermera que entra se tiene que hacer respecto de cada paciente, a través de la hoja médica, no de la de enfermería. Niega haber previsto pasar otra dosis de suero glucosado; sin embargo, a continuación ha referido que no tenía claro si debería haber puesto otra dosis de suero glucosado; asegura que habría hecho lo que le hubiera dicho el médico en ese momento. Una enfermera debe preguntar al médico si tiene dudas sobre la prescripción. Cree que el suero glucosado directamente ha podido perfundirle a adultos. Asegura que en el Hospital todos los sueros se introducen en "Y". A la fecha de los hechos no había en el Hospital un protocolo de

fluidoterapia, y hoy en día sí. El día de los hechos, en su turno, estaba ella sola de enfermera, y había 5 médicos. Hay especialidad de urgencias pediátricas en enfermería, pero ella no la tenía. La Dra. Violeta sí que le dijo que el suero glucosado había que diluirlo; a pesar de todo, mostrado el folio 44 y 156 reconoce que sí pudo confundir la raya del + con la raya de la cuadrícula de la hoja. Entiende que el suero glucosado no se administró de forma directa, si no que estaba diluido al colocar los dos goteros de glucosalino y glucosado en "Y", y es de esta forma como se mezclan.

La acusada Rosana, ha dispuesto en el plenario que a la fecha de los hechos era enfermera desde hacía tres años, desde el 2015; en el Hospital llevaba desde el año 2017 o 2018, y directamente entró en Urgencias. El día de autos, cuando entró en su turno de enfermera de urgencias, sección contactos, la otra acusada la puso al corriente de que se había puesto a la niña una pauta de rehidratación, y que todo iba normal. Mostrados los folios 153 y 156, los reconoce; asegura que no revisó el parte de prescripción médica al inicio de su turno, si no que lo hizo cuando finalizó la perfusión que había puesto Paula. Colocar los sueros en "Y" no es lo normal, pero conoce algunas compañeras que lo hacen. Mostrada la pauta médica de la Dra. Violeta, asegura que le parece normal, y que es de las que habitualmente se ponían en esas fechas. Fue cuando finalizó la perfusión de glucosado, cuando le llamó la atención la forma independiente en que la misma se había introducido. Cree que la perfusión de glucosado que había puesto su compañera Paula, terminaría sobre las 16:00 horas. Cierta que los padres de la menor la avisaron en reiteradas ocasiones para que entrara a ver que le pasaba a la misma. La bomba del suero glucosado pitó dos veces, pero ella no colocó ningún nuevo suelo, limitándose a reactivarla; no cambió ningún suero de las dos bombas. En una de esas ocasiones, el Dr. Pio entró en el Box y examinó a la niña; la menor vomitó dos veces, lo comentó con el doctor, y no le extrañó mucho, vistos los antecedentes de la visita al Hospital; el adormecimiento de la menor puede ser normal y se lo dijo también al médico. A la Dra. Erica pudo preguntarle algo sobre la velocidad de suministro de los sueros, pues lo normal es a 125 ml/h y estaba puesto a 250 ml/h; no sabe si se lo preguntó en el pasillo, o si le mostró algún papel; en cualquier caso, conocía la velocidad a que debían entrar los sueros, no por haber mirado la prescripción médica, si no por haber sido informada verbalmente por Paula. La Dra. Erica le dijo que hablara con Paula para aclararlo, pero no lo hizo; no tenía dudas sobre el tratamiento puesto, solo sobre la velocidad. Llegó a preparar un suero glucosado en el palo del gotero, pero no lo llegó a perfundir; desconoce de donde salió la segunda bolsa de glucosado. Cuando la Dra. Violeta regresó de comer, le mostró la hoja de enfermería y la prescripción médica y le ordenó pararlo todo. El tachado que aparece en la hoja de medicación de enfermería y el STOP, los hizo ella; el primero porque no llegó finalmente a pasar el segundo suero glucosado. Recuerda que esa tarde tenían también la urgencia pediátrica psiquiátrica en urgencias.

Reconoce que ella nunca había suministrado de forma directa el suero glucosado, solo diluido en un envase de glucosalino, pero sí sabe de compañeras que lo pasan en "Y"; no sabe si lo hacen solo con adultos. Reconoce que ha suministrado en varias ocasiones el tratamiento prescrito por la Dra. Violeta; ella, leyendo la pauta puesta por la médica, la habría entendido bien perfectamente. Es posible que una bomba esté pitando 10 o 15 minutos hasta que la silencien; puede pitar por atasco o porque ha finalizado la perfusión. Nunca ha visto suministrar suero glucosado de 100 ml al 50% a 250 ml/h, ni de forma directa ni en "Y", pero sabe que hay compañeras que lo hacían de esta segunda forma. No es especialista en enfermería pediátrica, ni ha recibido educación especial en fluidoterapia; entre la 15 y las 16 horas no tuvo duda sobre el tratamiento, fue después. Pudo pitar la bomba dos veces entre las 15 y las 16 horas, y ocurre también porque esté el brazo plegado; no está obligada a revisar el tratamiento prescrito cada vez que pita la bomba.

La testigo denunciante **D^a Esmeralda** ha dispuesto en el acto del Juicio Oral que es la madre de la menor fallecida; su hija nació el NUM000 de 2016; era su única hija a la fecha de los hechos; desde entonces está de baja; seguramente ha ganado menos dinero que de haber estado de alta; ha sido diagnosticada de shock por estrés postraumático. La menor llevada unos 4 días con diarreas y vómitos, desde el viernes al lunes; había perdido bastante peso; ya habían ido a la pediatra del Centro de Salud y no se había logrado la rehidratación vía oral, por lo que el martes fueron a urgencias del Hospital. La examinó la Dra. Violeta, y en general la niña estaba bien, pero había perdido casi dos kilos (de 14 a casi 12) por lo que había que rehidratarla vía intravenosa. Se quedaron en el Box, casi no había gente en urgencias, y es por ello que dejaron pasar al Box también al padre de la niña. Desde que llegaron al Hospital, en 20 minutos pasaron; las cortinas de los Boxes estaban abiertas y se veía que no había casi gente. La enfermera del primer turno, Paula, había colocado dos goteros, un bote grande y uno pequeño, y dejó colgado otro bote pequeño igual que el anterior; le colocaron a la niña la vía en el brazo; tardaron tiempo, tuvieron que pincharle varias veces porque no atinaban. El cambio de enfermera se produjo a las 15:00 horas; la niña pidió agua enseguida, y le preguntaron a Paula si podían darle; luego Rosana entró por primera vez porque pitó la bomba y vio como cambiaba el suero pequeño poniendo el que se había dejado de reserva, esto ocurrió entre las 15:10 y a las 15:15 horas; luego volvió a pitar la misma bomba, entró Rosana otra vez, la manipuló; en ese momento ya le comunicaron que no veían a la niña bien, y que avisara al Médico; Rosana se fue, la niña vomitó; volvieron a buscarla y les dijo que pronto iba el médico; limpiaron el suelo de vómito; entonces vieron que la niña tenía la tez como cadavérica, y llamaron otra vez a la enfermera; no veían ningún médico; entró Rosana y una auxiliar, vieron a la niña y les dijeron que estaba así porque tenía sueño; le puso una tirita en el dedo y se marchó; volvió a pitar la máquina, entró otra enfermera y le

pidieron ayuda, al poco entró Rosana con otra bolsa de suero de las pequeñas y se lo puso a la niña. Vio que la niña se ponía peor y se fue a buscar ayuda por el Hospital pues tenían algún conocido; antes de irse, se llegó a asomar por el Box un Sr. sin llegar a entrar ni saber su condición. Vio perfectamente caer las gotitas de las tres bolsas de suero pequeño. En un momento determinado, la niña empezó a convulsionar, entraron médicos y enfermeras y es cuando debieron parar las bombas y les hicieron salir del box. Rosana siempre estaba muy cerca, pues la distancia en los boxes era pequeña y había poca gente. Asegura que las bombas llegaron a pitar 3 o 4 veces. Pararían unos 10, 15 o 20 minutos desde que se puso el tercer suero pequeño y su hija empezó a convulsionar. No vio a Rosana mirar ningún papel dentro del box.

El testigo D. Arturo, padre de la menor fallecida, ha mantenido en el plenario la misma versión que su esposa. Reyes era su única hija a la fecha de los hechos; se halla de baja por estrés postraumático desde la fecha de los hechos; ha agotado la baja y las vacaciones y le han pagado lo que le corresponde por estar de baja. La niña se hallaba con vómitos y diarreas desde hacía unos cuatro días; antes habían ido al Centro de Salud, a su pediatra, y no habían logrado la rehidratación vía oral. Sobre las 13:15 horas dejó a su esposa y a la niña en la puerta de urgencias; casi no había gente, ni en los boxes ni fuera; les dejaron estar a los dos en boxes por ese motivo. La acusada Paula le puso a la niña dos sueros a la vez, un bote grande y uno pequeño, y dejó otro más de los pequeños preparado junto a aquel. Los botes pequeños eran de cristal; se puso el gotero algo antes de las 15:00 horas. La niña tenía sed y le preguntaron a Paula si podía beber: luego pitó la bomba y entró Rosana, comprobando que había terminado el bote pequeño y le pinchó otro igual; serían las 15:15 horas; ese gotero caía gota a gota; después pitó la bomba, entró Rosana, la manipuló y se fue; después a la niña se le recogió una muestra de orina; a los minutos la bomba volvió a pitar, entró Rosana y volvió a manipular la bomba y se fue; entonces vieron que la niña no estaba bien, llamando a Rosana y pidiéndole que avisara al médico; después la niña vomitó, volvieron a llamar a Rosana; estaban muy preocupados; les dijeron que la doctora estaba ocupada y enseguida iba; entonces vieron que la niña tenía la cara como cadavérica, y volvieron a llamar a la enfermera; entró Rosana con una auxiliar, le pusieron a la niña una tirita en el dedo, y se fueron; no dejaron de decir que veían a la niña mal; volvió a pitar la bomba; entró otra enfermera que fue la que avisó a Rosana entrando esta en ese momento con un tercer bote de suero de los pequeños, y colocándose a la niña, y activándolo; serían las 15:50 horas. Su esposa salió del box y fue a pedir ayuda a algún conocido del Hospital, quedándose él con la niña; la empezaron a cambiar porque se había orinado, y empezó a convulsionar; en ese momento seguían funcionando los goteros; solo se asomó antes un Sr. por el box, sin llegar a hacer nada; tras las convulsiones, entraron de inmediato médicos y enfermeras, los sacaron del box; la Dra. Violeta les dijo que se había producido un error en el suministro de la medicación pautada.

El testigo D^a Violeta, ha dispuesto en el plenario que el día de autos era la doctora que asistió a menor en urgencias y que pautó la medicación y tratamiento a suministrarle a la misma; la niña llegó con un cuadro de vómitos y diarreas de cuatro días de evolución; mostraba signos de ayuno total, y una glucemia de 77 mg/dl, lo normal; aspecto físico normal, pérdida de peso de unos dos kilos; casi no orinaba y tenía los ojos hundidos. Decidió fluidoterapia por vía ya que no había ido bien la previa vía oral; al no orinar, prescribió que la mezcla de glucosalino 1/3 500 ml mas 40 ml de glucosado al 50%, se perfundieran a 250ml/h la primera hora, y a 125 ml/h las tres horas siguientes. Mostrado el folio 156 y el 44, reconoce su pauta de tratamiento; también se prescribió ondasetron previo para cortar los vómitos. Aclara que hay dos copias de las órdenes médicas de tratamiento, porque al tener que irse la niña al Hospital de Castellón la quiso pasar a limpio, pero se disponía de las dos hojas en cualquier caso. La dilución de los 40 ml de glucosado en los 500 ml de glucosalino es normal, se saca de este último 40 ml y se añaden luego los del glucosado; esa es la forma normal de suministrarlo. Nunca se suministra en forma de "Y"; no puede recordar si Paula ha podido poner ese mismo tratamiento a otros pacientes. A medio día del día de autos, solo estaba Reyes en los boxes, y luego ingresó otro niño psiquiátrico. Desconoce si se pinchó más suero glucosado a parte del primero. A través de Paula, le preguntó la madre si podían darle agua a la niña, y respondió que sí. A Paula solo le dijo verbalmente la velocidad con que tenían que pasar los sueros. Se fue a comer a la cafetería del Hospital, y sobre las 15:50 o 15:55 horas la avisó Rosana diciéndole que no coincidía lo que había prescrito por escrito, con lo que le estaban poniendo; lo comprobó y vio el error, la niña ya estaba convulsionando; dijo que se parara todo el tratamiento; no pudo ver en ese momento si caía el gotero. Se puso Diazepam rectal para parar las convulsiones pues es lo más importante, incluso la entubación para proteger el cerebro; se llamó a la pediatra que llegó de inmediato; se puso en ese momento también Midazolam; en ese momento no se pautó suero fisiológico, después sí. Se efectuó control digital de glucemia resultado alta; se pidió analítica de azúcar obteniendo más tarde un resultado de 1.732 mg/dl; iniciaron el tratamiento de rehabilitación de la niña ella y la pediatra para rebabar la hiperglucemia. La bajada de azúcar se efectuó del modo en que está protocolizado mediante insulina rápida. Nunca se administra suero glucosado de forma directa, y las enfermeras deben saberlo; nunca ha visto una glucemia de mas de 1.000 mg/dl. Considera que a la menor se le suministró mas de un bote de glucosado, no sabe si dos o tres. La insulina introducida no perjudicó a la niña. En la fecha de los hechos había protocolo de fluidoterapia en el Hospital, pero no estaba escrito. Cuando se fue a comer a la cafetería, había otros médicos que estaban en urgencias, el Dr. Pio y la Dra. Erica. Ciertamente que en la prescripción del tratamiento inicial no especificó la palabra diluir, pero al poner el signo del + se sobreentiende que se añade a una cosa la otra; además no pone "y", pues pone "+", y desde luego no prescribió dos goteros en "Y", se trataba de un solo gotero.

La testigo D^a Irene, médica adjunta de pediatría el día de los hechos, ha manifestado que reconoce su informe del folio 156 de autos; la convulsión se trata con Midazolam, y no con suero fisiológico. Nada más acudir al box de la niña sobre las 16:00 horas, se sospecha error, se efectúa una glucemia digital y sale muy alta; se puso medicación y se llegó a intubar a la menor poniéndole una bomba de insulina para bajar el azúcar. Entre las 15:15 y las 15:55 aproximadamente, estuvo comiendo con la Dra. Violeta y nos les dijeron nada de la menor en ese tiempo; cuando lo hicieron Violeta acudió a urgencias. Las perfusiones se efectúan sacando parte del glucosalino y añadiendo al mismo bote el glucosado, a cierta velocidad. En el Hospital de DIRECCION000 nunca se ha perfusionado el glucosado en "Y"; nunca, siempre se diluía en glucosalino de 500 ml. Nunca ha visto más de 1.000 mg/dl de glucemia. Si hay dudas por la enfermera en la interpretación de la hoja de tratamiento, siempre tiene que preguntarle al médico. La glucemia de 1.732 mg/dl es incompatible con la vida. Léida la prescripción médica, asegura que cualquier enfermera podría entenderla. Considera que a la menor se le perfundió más de un bote de glucosado, pues es una regla meramente aritmética.

La testigo D^a Raimunda, ha referido en el plenario que a la fecha de hechos era auxiliar en prácticas; entró al box con el doctor antes de que la niña se pusiera peor, y un poco más tarde empezó a convulsionar. No se fijó en los sueros colocados. No había demasiado trabajo esa tarde en Urgencias; ella entró sobre las 15:00 horas, y la niña empezó a convulsionar sobre las 15:50 horas o por ahí; solo atendió, además, a otro señor con una úlcera. Entre las 15 y las 16:00 horas vio a Rosana mirar papeles pero no sabe si era la prescripción médica.

La testigo D^a Soledad, ha dispuesto en el plenario que era la enfermera supervisora de urgencias a la fecha de los hechos; reconoce su informe obrante al folio 151 de autos. Fue D^a Amalia, la que le dijo que Rosana le había explicado que a la niña se le había puesto un suero mal, pero que Rosana había parado la perfusión, después de haber pasado algo del segundo bote de suero glucosado. Nunca se pone el suero glucosado directo entero, lo normal es mezclarlo en un mismo gotero a determinada velocidad, con el glucosalino. Nunca ha visto a un niño ni a un adulto se le ponga un suero glucosado de 100 ml al 50% directamente. Mostrado el folio 156 dice que la prescripción médica puede inducir a error, pues puede parecer que son dos líneas distintas y que se trata de dos goteros; en cualquier caso, asegura, que si no está clara la prescripción, siempre se tiene que preguntar al médico. Tanto Paula como Rosana ya llevaban varios años trabajando en el Hospital, por lo que debían conocer las pautas de suministro de los sueros, y si no, deberían haber preguntado a compañera o al médico. Sabe que Paula no tenía mucho trabajo el medio día que terminaba, pero no le quería dejar nada pendiente a Rosana; esta última debería haber mirado la hoja de prescripción médica. A la fecha de los hechos no había protocolo de hidratación endovenosa; hoy la hay. No era normal que se suministrara en forma de "Y" los sueros; se sacaban los 40 ml del bote de glucosalino y se introducía el de glucosado, y esto se hacía en el box directamente donde estaba los instrumentos necesarios para ello.

La testigo D^a Encarnacion, enfermera de triaje a la fecha de los hechos en turno de tarde; manifiesta que entró en el box porque oyó la bomba de la menor pitar, la silenció, y avisó a Rosana, la bomba estaba parada entonces. No se fijó en los sueros que estaban colocados. No recuerda si había mucha o poca gente en Urgencias esa tarde. El suero glucosado se solía mezclar con el glucosalino y se perfusionaba; nunca se administraba de forma directa el glucosado. A la fecha de los hechos llevaba pocos meses trabajando en el Hospital y ya sabía que no debía administrarse así. La pauta de rehidratación puesta era normal a la fecha de los hechos. Si hay dudas sobre el tratamiento impuesto, hay que preguntar a los médicos. Asegura que el sistema en "Y" también se logra diluir los dos goteros.

La testigo D^a Lidia, Médica Directora Gerente del Hospital en la fecha de autos; lo era desde hacía un año, y antes había sido subdirectora; ratifica el informe obrante al folio 139 y 140 de autos, que fue el elaborado con lo que le explicaron las partes. Paula le dijo que había suministrado el suero conforme la pauta que constaba en la hoja de enfermería; Rosana refirió que había tenido dudas sobre el suero que se le había puesto. No había demasiado trabajo ese día en el Hospital; cierto que a la vez que la menor había también en Urgencias un menor psiquiátrico. Desconoce si en la fecha de hechos había protocolo para el suministro de glucosado, pero su administración diluido con glucosalino es algo básico. En enfermería, aunque no se hace siempre, lo normal es que la enfermera que entra en un turno lea la prescripción médica para instruirse de los pacientes. Cualquier médico puede decidir pasar a limpio su informe de prescripción, ahora ya es electrónico. Rosana le aseguró que no llegó a pasar el segundo suero.

La testigo D^a Penélope, enfermera de urgencias del Hospital de DIRECCION000 desde el año 2009 ha dispuesto en el acto del juicio oral que tuvo el día de hechos turno de mañana, viendo a la menor en triaje. Se atendió a la niña con gastroenteritis de forma rápida; la madre explico bien los antecedentes. El niño psiquiátrico llegó más tarde. A la fecha de los hechos, la perfusión del suero glucosado se efectuaba quitando la cantidad del de glucosalino correspondiente y añadiendo aquel para diluirlo, y se pasaba a la velocidad prescrita. Nunca ha puesto ni ha visto poner suero glucosado de forma directa; y es algo que ya sabe por sus estudios universitarios. La enfermera debe comprobar la pauta que suministra antes de ponerla. La prescripción médica debe expresar que

los dos componentes deben estar diluidos. Los goteros en "Y" pueden usarse para la perfusión de otros medicamentos. En caso de duda, siempre hay que preguntar al médico. No existía a la fecha de los hechos formación en fluidoterapia, lo aprenden con el día a día. Al entrar al turno hay que revisar a tus pacientes, aunque no es normal leer la prescripción del médico, pero sería lo correcto.

La testigo D^a Trinidad, enfermera de guardia del turno de tarde el día de los hechos, ha dispuesto que se hallaban 4 enfermeras, pues faltaba una que estaba enferma. Ella estaba en la sección de observación, les fueron a avisar y acudieron enseguida; dentro del box estaba la Dra. Erica y ella llegó con Sonia; también estaban Violeta y Erica. La niña tenía un gotero colgando de los de 100 ml de glucosado, pero las bombas estaban paradas. Ayudaron al anestesista. No era normal meter en "Y" el glucosado y el glucosalino, se debía sacar el glucosalino correspondiente y añadir el glucosado pautado. Mostrado el folio 153, reconoce su anotación de las 17:20 horas; no puede haber mucho orden en ellas porque se actuó de urgencia y todos a la vez y luego se anotó lo correspondiente. En los cambios de turno, la que entra solía confiar en la que salía, pero si no hay mucho trabajo, se debe avisar de cada paciente. A la vista de la orden de Violeta, dispone que no hay duda, había que sacar 40 ml del bote de glucosalino e introducir 40 ml de glucosado para diluirlo; no se suele especificar que se tiene que diluir, pero se sobreentiende, y si no, la enfermera debe preguntar al médico. Esa prescripción médica la ha aplicado ya en otras ocasiones. También se puede hablar con el médico si parece rara la prescripción. En la hoja de medicación se suele apuntar todo lo que se administra, si no aparece es porque a lo mejor no se ha puesto.

La testigo D^a Tatiana, médica adjunta de urgencias del Hospital de DIRECCION000 a la fecha de los hechos, ha manifestado en el plenario que ese día estaba encargada del área de observación (pacientes adultos); acudió para ver si sus compañeros necesitaban ayuda y halló a la niña convulsionando. Mostrado el folio 156 dispone que la pauta es clara y correcta, esta bien escrita; se coge el bote de glucosalino, se le quita una parte y se le añade el glucosado para lograr la dilución; esto se hace por guías clínicas que se actualizan anualmente y que se siguen por norma. Después de lo ocurrido, en el Hospital de DIRECCION000 se ha limitado el uso de tal fórmula y está supervisado su administración; ahora los frascos de glucosado son mas pequeños y con menos concentración y en monodosis.

La testigo D^a Amanda, ha dispuesto en el acto el plenario que el día de los hechos era la médica anestesista, interesándole auxilio sus compañeros sobre las 16:30 horas; mostrado el folio 148, lo reconoce como propio. A esa hora encontró a la menor convulsionando; con los datos de que disponían en ese momento, procedieron a tratar las convulsiones con midazolam y entubación, pues la niña estaba inconsciente y había que conservar las funciones cerebrales; una vez controladas las convulsiones, se dirigió el tratamiento a bajar la hiperglucemia. En 32 años de profesión nunca había visto una glucemia tan alta; lo máximo que había visto era de 800 mg/dl en adulto. Asegura que la Dra. Violeta le dijo que se habían pasado 250 ml de glucosa al 50%. La causa de la muerte de la menor fue la hiperglucemia, y se trató de paliar con tratamiento de insulina rápida. Nunca ha visto se suministre glucosado de 100 ml al 50% de forma directa.

La testigo D^a Amalia, ha dispuesto que a la fecha de los hechos era la supervisora general de enfermería del HOSPITAL001 de DIRECCION000, desde el año 2003. Se afirma y ratifica en el informe elaborado al folio 160 de autos. Manifiesta que nunca ha suministrado el suero glucosado de forma directa, pues siempre lo ha diluido en otro suero de glucosalino. Mostrada la pauta médica obrante al folio 156 de autos dispone que la misma no le genera ninguna duda, es correcta, desde 2003 no se ha aplicado tal fórmula mal por ninguna enfermera que ella recuerde. Ha dispuesto que Rosana le refirió ese día, que había pinchado el suero que estaba colgado junto al primero, sin especificar si lo había pasado; ahora bien, ella entiende que cuando le refirió que lo había pinchado, se refiere a que lo había accionado y estaba penetrando en el cuerpo de la niña. Es posible que Rosana la refiriera que cuando entró por primera vez al box en que se hallaba la menor, fue porque finalización de una infusión al pitar la bomba. Cuando se produce el cambio de turno se deben explicar las incidencias a la enfermera entrante de cada paciente; lo normal es que se haga verbalmente, pero lo lógico sería mirar la hoja médica y la enfermería si tienes tiempo, si no, no la miras. El día de autos sabe que a la hora que llegó la menor Reyes había tranquilidad en urgencias. No se debe poner en "Y" los goteros de glucosado y de glucosalino; si no se entiende la pauta médica, se debe preguntar al doctor correspondiente. Entiende que el primer suero glucosado debió terminar de pasar sobre las 15:15 o 15:20 horas, pues pasaría en unos 25 minutos. La fluidoterapia la aprenden en la Universidad, pero es cierto que hay muchos protocolos nuevos disponibles; por ello, a raíz de estos hechos se tomaron nuevas medidas preventivas en el Hospital: se ha reducido el tamaño de los botes de glucosado, y se especifica lo que necesita. Si un enfermero ve en la prescripción médica algo que puede no estar bien, puede no ejecutar esa orden y preguntar al médico que corresponda. Para revertir la hiperglucemia de la menor, la mandaron a buscar insulina rápida, pero finalmente llevó la intermedia. Es cierto que el glucosado de 100 ml al 50% pasado a 250 ml/h se puede atascar con mas facilidad que un suero normal, pero no tiene porque ocurrir. El glucosado va en bote de cristal en cualquier caso. Rosana le dijo que cuando el padre le dijo que la niña estaba mal, paró la perfusión, y aún no había llegado la Dra. Violeta (no puede concretar las horas).

La testigo D^a Erica, ha dispuesto que era a la fecha de los hechos médico adjunta del HOSPITAL001 de DIRECCION000 desde el año 2004. Manifiesta que el suero glucosado nunca ha prescrito su dispensa de forma directa, siempre se ha diluido en glucosalino; siempre es así, lo ponen así habitualmente, y si la enfermera tiene dudas lo comunica al médico. El día de autos llegó a su turno sobre las 15:00 o 15:15 horas, habló con la médica saliente, y la Dra. Violeta le dijo que tenía una niña con el tratamiento referido, marchándose la misma a continuación a comer. Sobre las 15:15 horas pasó por detrás de Rosana que estaba viendo carpetas, y esta le dijo: "tengo dudas sobre el tratamiento puesto por la Dra. Violeta", y entonces le dijo que hablara con Paula para aclarar ese extremo. A continuación se fue a ver a dos pacientes niños que habían entrado en urgencias, unos 30 minutos después (mas o menos), oyó a la Dra. Violeta que decía: "parar eso", acudiendo todos los médicos y enfermeras al box, observando que la niña convulsionaba. Dice que se le hizo a la niña la glucemia digital obteniendo resultado de "HI", alta, procediéndose a la extracción de sangre para su conocimiento exacto. Monitorizaron a la niña, le pusieron oxígeno; no comprobó que goteros había colgados, ni si pasaban. Mostrado el folio 156 de autos, dispone que esta muy clara la prescripción medica pautada de fluidoterapia; el que no se ponga que se diluya expresamente, es lo normal; se suele poner el signo del "+" o un "mas" directamente en letra; ella lo pone de esta última manera. Protocolo de fluidoterapia lo existe hoy, y las enfermeras conocían en ese tiempo su uso con la practica diaria, y si entra una enfermera nueva, se le explica por otra enfermera o el médico.

El testigo D. Pio, médico adjunta de urgencias del HOSPITAL001 de DIRECCION000 con 10 años de antigüedad a la fecha de los hechos. Manifiesta que entonces, el suero glucosado se suministraba diluyéndolo en una bolsa de suero glucosalino, extrayendo previamente la cantidad que corresponda del segundo, y se ponía la velocidad que correspondiera en función de la edad o del peso del paciente. Nunca se suministraba directamente el suero glucosado. Esa tarde, Rosana, sobre las 15:40 horas, le dijo que la niña no estaba bien, acudió al box de la misma, se puso en su cabecera, revisó sus constantes, no se fijó en los sueros que se le podían estar perfundiendo, no sabe si uno o dos (pero goteaba); constató un buen estado general de la niña, coincidente con una deshidratación, y así lo trasladó a la familia. En una guardia de días posteriores, Rosana le pudo decir que se confundió con la medicación dada. No se pone en la pauta médica habitualmente que los sueros deben ser diluidos; él suele poner el signo del "+", no pone otra cosa. No comprobó el tratamiento que se le había pautado o se le estaba suministrando a la niña en ese momento, porque no se suele hacer.

La testigo D^a Manuela, era entonces auxiliar de enfermería del Hospital de DIRECCION000. Se hallaba en el turno de mañana, y su enfermera era Paula, en contactos, y habría al menos dos médicos. Recibieron a la menor, le efectuaron analíticas; luego llegó otra urgencia. Paula le pidió que fuera a buscar a la farmacia un bote de suero glucosado, pues no había en urgencias; lo dejó en el box y se fue; esto ocurrió entre las 14 y las 15 horas, pero desde luego tardó en irse después de dejarlo, y su turno finalizaba a las 15:00 horas. Se le lee su declaración prestada ante el Juez Instructor obrante al folio 466 y entonces recuerda que sí dijo entonces que cuando dejó el suero glucosado que traía de farmacia, ya había colgados dos sueros de plástico, y ella llevaba el de cristal (glucosado); se marchó sobre las 14:50 horas.

La testigo D^a Sonia, enfermera del HOSPITAL001 de DIRECCION000 en la fecha de los hechos y desde el año 2007, ha dispuesto que no es especialista en enfermería; la fluidoterapia se la explicaron en sus practicas enfermeras y médicos a medida que iba trabajando. Al entrar en el turno, no se suele mirar la prescripción pautada del médico. Ese día se hallaba en turno de tarde, y entre las 15:45 y las 16:00 horas la enfermera de triaje le dijo que había una menor convulsionando en un box; fue al lugar; no se fijó si se estaba pasando un suero. Ciertamente que había dos órdenes de tratamiento del médico iguales pero con distinta letra (folios 44 y 156), los fotocopió ella antes de que la niña fuera trasladada a Castellón. A las 16:00 horas solo estaba redactada la primera pauta de la Dra. Violeta, y la otra la elaboró esta junto con la Dra. Irene con posterioridad.

La testigo D^a Cecilia, enfermera del HOSPITAL001 de DIRECCION000 desde el año 1994, ha dispuesto que no es especialista en pediatría; al entrar en el turno no se tiene que mirar lo que le ha dejado la compañera, y si pasa algo, entonces hay que mirar lo que te han prescrito. Hay que administrar lo que dispone el médico, y si no preguntar al mismo. En las practicas que hizo al inicio de su actividad sus compañeras le explicaron como se hacía una perfusión endovenosa. No había protocolo escrito de fluidoterapia a la fecha de los hechos. El día de autos entró en el turno de noche, y cuando llegó, la niña ya había sido trasladada a Castellón. Entonces, el suero glucosado se diluía en la proporción que fuera en glucosalino, y siempre se hacía así.

El testigo D. Donato, médico prevencionista en el HOSPITAL001 de DIRECCION000 a la fecha de los hechos ha dispuesto que se ocupa de la prevención de riesgos adversos e infecciones. Se trató lo acaecido con la niña en el Comité de Prevención y se adoptaron medidas de control para mejorar: cambios en la formulación (que esté ya preparados los diluidos), revisión de procedimientos (actualización), y designación de personal más exclusivo, que no especializado, en pediatría. Asegura que en la fecha de hechos sí que había protocolo de rehidratación endovenosa basado en las guías generales de otros centros hospitalarios.

El perito médico forense D. Fidel, autor del informe obrante al folio 393 a 398 de los autos, ha comparecido al plenario ratificando el contenido del mismo. La niña ingresó en el Hospital padeciendo deshidratación por diarreas y vómitos de cuatro días de evolución; el tratamiento adecuado para la misma era la reposición de la hidratación, y la pauta prescrita por la doctora fue correcta, si bien, lo normal es mezclar el suero glucosado diluyéndolo en la bolsa de suero glucosalino. Es decir, la doctora pautó que se perfundiera suero glucosalino 1/3 500 ml + 40 ml de glucosado al 50% a 125 ml/h, si bien, al repasar la hoja de pauta completa se constata que la primera hora se debía pasar a 250 ml/h y de la segunda a la cuarta a 125 ml/h. Sin embargo, la enfermera anotó en la hoja de medicación que se tenía que perfundir suero glucosalino 1/500 ml a 40 ml/h en una bomba, y suero glucosado al 50% a 250 ml/h la primera hora en otra bomba. El suministro de tal cantidad de glucosa lo determina por el informe del hospital, por la hoja de medicación de enfermería (que establece que se tenía que suministrar 250 ml de suero glucosado en una hora, esto es, un total de 126 g de glucosa en una hora, uniendo la suma de azúcar del suero glucosado y del suero glucosalino), así como por el nivel elevadísimo de glucemia obtenido de 1.732 mg/dl a las 17:55 horas del mismo día. Nunca ha visto un nivel de glucemia así. El tratamiento que se dispensó para tratar de bajar el azúcar fue el apropiado, pues a pesar de que se intentó bajar con más rapidez de lo que habría sido normal, lo cierto es que la situación lo exigía. La causa de la muerte de la menor es un edema cerebral, la glucosa introducida en la sangre aumenta la presión de la misma, y provoca que el cerebro se hinche por necesidad de agua; se produce un coma hiperosmolar. La causa de la muerte es el excesivo aporte de glucosa a mucha velocidad; se tendrían que haber pasado 15 gramos de glucosa y se pasaron unos 126 gramos; es una cantidad disparatada. La actuación de la primera enfermera que interviene constituye un grave error en la interpretación de la pauta dada por el médico; lo normal es que hubiera hablado con el mismo si hubiera tenido dudas. Preguntado, no tiene claro que con una sola dosis de 100 ml de glucosado al 50% se hubiera producido la muerte de la menor, pues ha emitido el informe amparándose en que se suministró un total de 250 ml de suero glucosado al 50%. No sabe si se suministró uno, dos o más de dos botes de glucosado; ha trabajado sobre el informe elaborado por el hospital, la pauta de la doctora y la hoja de medicación de enfermería. Tiene claro que una glucosa de 1.732 mg/dl es incompatible con la vida. Existe un error muy importante por parte de enfermería al suministrar el suero glucosado, pero no ve infracción de la lex artis. La fluidoterapia se calcula por el peso del paciente a tratar.

La perito D^a Tomasa, autora del informe obrante a los folios 773 a 807 de autos, se ha afirmado y ratificado en su contenido. Aclara que el peso de la menor en urgencias a su llegada era de 12,5 kilos, por lo que no cree que su peso original fuera de 14 kilos. El tratamiento prescrito por la doctora fue correcto. La enfermera es la que debió aplicar bien la pauta establecida, pues es un titulado universitario y debe conocerla; en todo caso, si posee dudas, debe preguntar al médico. El glucosado se puede diluir con el glucosalino, o bien ser suministrado en "Y", pero las cantidades que corresponden y a su velocidad adecuada. Coincide con sus compañeros peritos en que la doctora pautó que se perfundiera suero glucosalino 1/3 500 ml + 40 ml de glucosado al 50% a 250 ml/h y de la segunda a la cuarta a 125 ml/h. Sin embargo, la enfermera anotó en la hoja de medicación que se tenía que perfundir suero glucosalino 1/500 ml a 40 ml/h en una bomba, y suero glucosado al 50% a 250 ml/h la primera hora en otra bomba. En la hoja de medicación aparece el inicio de la dispensación del glucosado a las 15:00 horas, y a las 16:00 horas hay un tachón de la palabra GLUC; al mismo tiempo asevera que la perfusión de 500 ml de suero fisiológico a 25 ml/h en ese momento no tenía ningún sentido. A las 16:15 horas si que entiende se pusiera el midazolam. No hay duda de que la hiperglucemia fue la causa de la muerte de la niña; el ascenso de glucemia (nunca visto) de 1.732 mg/dl es incompatible con la vida. Nunca ha visto mas de 700 mg/dl en su vida profesional. El tratamiento dado para bajar la glucemia es el estándar; tanto la insulina como la intubación. Se bajó más rápido de lo normal la glucemia, por el riesgo evidente de hiperosmolaridad. Reconoce que lo mejor es que se hubiera pautado el glucosado al 5% tratándose de una menor, pero si se hubiera perfundido del modo pautado por la doctora, no habría habido consecuencias. El modo de suministrar el ondasetron de forma previa, no afecta en nada. Se produjo por la enfermera un grave error inexcusable, una infracción elemental de la lex artis; debió haber preguntado en caso de duda; la enfermera es una titulada universitaria y debe saber que la glucosa no se puede administrar directamente sobre un paciente y menos un menor. La bomba podía pitar, no porque estuviera atascada y parada, si no que pita desde el momento en que la resistencia de la vía aumenta, y tiene un margen de aviso antes de obstruirse; es por ello que porque pite, no significa que la bomba esté parada. Se produjo otro error al tiempo de que la enfermera perfusionara un suero que ya estaba colgado en el palo de gotero y lo activase; hay que mirar lo que se pone y como se coloca. La rehidratación endovenosa no está contraindicada en menores, pero no es la normal, aunque correctamente aplicada no habría producido efectos adversos en este caso. Normalmente es la enfermera la que decide el modo en que se suministra el suero y que sea más adecuado. La dispensa del suero glucosado y del glucosalino en "Y" no permite una correcta dilución del primero, pues el segundo para a muy lenta velocidad (40ml/h) y el segundo a muy rápida (250 ml/h), por lo que no permitió dilución alguna.

La perfusión de un suero glucosado de 100 ml al 50% a 250 ml/h pasaría en unos 24 minutos; algo se pudo parar por las bombas, pero no necesariamente retrasaría la administración de la medicación. Se tuvieron que pasar, al menos dos frascos y medio de suero glucosado en atención al tiempo pautado, el tiempo transcurrido, el peso de la niña, la velocidad de perfusión, y la glucemia final alcanzada. El problema no lo ha generado solo la cantidad de glucosa, si no la velocidad en que fue perfusionada. El máximo de azúcar tolerable por la menor era de 13,5 mg/h por su peso, y se le pusieron 125 mg/h.

La osmolaridad supone que el azúcar absorbe todo el agua; su sangre tenía una capacidad muy superior para absorber el agua del cuerpo y deshidrata los órganos, se hinchan la células y la sangre atrae todo el agua del cuerpo. Con hiperglucemia de 600 o 700 mg/dl, la tasa de mortalidad es del 20%. Con la de 1.732 mg/dl es del 100%. Asegura que con un solo frasco de suero glucosado de 100 ml al 50% no es probable se produjera la muerte de la menor con toda probabilidad; es posible que se hubiera revertido, eso sí, con muchos daños corporales; con dos o más frascos suministrados, el fallecimiento estaba asegurado. El problema se produjo a partir de las convulsiones; es decir, antes de convulsionar considera que se podría haber revertido la subida de glucemia, seguramente con daños corporales graves. Entiende que, con el suministro del primer suero, al principio se empieza a repartir por todo el organismo, y a metabolizar el azúcar por el organismo emitiendo insulina (se va neutralizando el azúcar de exceso), que es lo normal, hasta cierto límite, en el que, por la dosis perfusionada y el tiempo de duración, rebasa la capacidad de metabolización, y se dispara la glucemia. Con un solo suero, es probable que no se pasara de 1.000 mg/dl de glucemia. Para llegar a convulsionar eran precisos dos o más sueros.

No afectó para nada el tratamiento dado para bajar la glucemia en cuanto a las complicaciones que dieron lugar a la muerte de la menor.

La perito D^a Delfina, autora del informe obrante a los folios 852 a 916, se ha afirmado y ratificado en su contenido. La pauta dispuesta por la médica es correcta: dilución de glucosado en glucosalino; esta es la forma normal de suministrarse, y nunca cabe su dispensa de forma directa, menos a una niña de dos años. La doctora pautó que se perfundiera suero glucosalino 1/3 500 ml + 40 ml de glucosado al 50% a 250 ml/h y de la segunda a la cuarta a 125 ml/h. Sin embargo, la enfermera anotó en la hoja de medicación que se tenía que perfundir suero glucosalino 1/500 ml a 40 ml/h en una bomba, y suero glucosado al 50% a 250 ml/h la primera hora en otra bomba. La enfermera, si tenía dudas, debió haber preguntado. El tratamiento establecido para bajar el azúcar es correcto, y no produjo efectos adversos que condujeran o colaboraran con el fallecimiento de la menor. Con 1.732 mg/dl de azúcar en sangre, se puede decir que es una situación irreversible, con un riesgo muy alto de fallecimiento. Llega a la conclusión de que se pasaron, al menos, dos botes de suero glucosado, porque así se desprende de la hoja de medicación suministrada por enfermería, y atendiendo también al alto grado de glucemia (1.732 mg/dl), a la forma en que se suministró la misma, la velocidad, el peso de la menor, entre otras circunstancias. A la niña se le puso 7,18 veces más del azúcar pautado por la doctora; se le suministró un total de 126,32 gramos de glucosa, y se habían pautado 17,59 gramos. Las enfermeras conocen la sueroterapia desde sus estudios universitarios, no necesitando una formación especial. Puede considerarse que ha habido una mala praxis cuando se suministra algo diferente de lo pautado por el médico, o si se pone algo sin mirar lo que es. Concluye que con un aporte de 250 ml de suero glucosado al 50% se puede llegar perfectamente a niveles de glucosa en sangre de 1.732 mg/dl; posteriormente ha referido que con unos 100 o 150 ml de suero glucosado al 50% se puede llegar al nivel referido. En su informe especifica la necesidad de haber pasado, al menos dos botes de suero glucosado de 100 ml al 50%, para poder llegar a esos niveles de glucemia.

El perito D. Amador, autor, junto con el perito D. Cayetano del informe obrante a los folios 1.118 a 1.135 de los autos, ha ratificado el mismo en todo su contenido. Asegura que la pauta prescrita por la Dra. Violeta no era la correcta, no se debió administrar glucosado para rehidratar a la menor Reyes; la deshidratación era leve, y se debía iniciar pauta oral. Le impresiona que haya dos órdenes de tratamiento, pero al final es la enfermera la que decide la forma en que materializa el tratamiento prescrito por el médico. Mantiene que el primer frasco de suero glucosado, al perfundirse, se repartió por todo el organismo de la menor, activando los mecanismos que generaron la insulina natural, neutralizando parte de esa glucosa; asegura que el suministro del primer frasco de suero glucosado, del que debió pasar un 80% al quedarse un 20% en la bomba normalmente, permitía la reversión de la glucemia de la menor, duda mucho que provocara la muerte de la menor. Fue la dispensa del segundo frasco de glucosado, y en su caso, el tercero, los que complicaron definitivamente la situación de la paciente, pues se sobrepasó el límite de glucemia neutralizable por el organismo, iniciándose las convulsiones. Afirma con rotundidad, que una de las circunstancias más concluyentes que dieron lugar al edema cerebral fue la forma de bajada repentina o rápida de la glucemia mediante la infusión de insulina que se aplicó tras el suministro de los glucosados, esto último, ya que no debe bajarse la glucemia mas de 100 mg/dl/h por riesgo de edema cerebral, y se bajó 1.100 mg/dl en 4 horas y media.

Reconoce que la actuación de **Paula** fue un gran error, interpretando erróneamente la prescripción médica, y aplicándola del mismo modo; sin embargo, el resultado de la muerte no fue por su sola intervención, si no por la de la otra enfermera, así como por la brusca forma en que se procedió a bajar la glucemia. La pauta prescrita por la Dra. Violeta, si se hubiera aplicado del modo en que la misma lo estableció, no generaba ningún peligro para la vida de la menor. Dispone que ha tenido acceso a estudios médicos europeos en donde en casos de errores médicos se ha llegado a glucemias de hasta 2.000 mg/dl, e incluso más, no sabe si solo eran de adultos o también de niños. Afirma con claridad, que 1.732 mg/dl de glucemia es reversible, y que ha habido pacientes que han logrado salir adelante alcanzando esas cifras. No ha sido capaz de aportar la Bibliografía correspondiente a tales estudios.

Concluye con rotundidad que, al menos se introdujeron dos frascos de suero glucosado para llegar a esos índices de glucemia, y atendido especialmente a que se transcribió en la hoja de medicación de enfermería que se debía perfusionar glucosado al 50% durante una hora a 250 ml/h, siendo los frascos de glucosado referidos de 100 ml.

El perito D. Marcelino, autor del informe obrante al folio 1.307 a 1.313 de los autos, ha ratificado el mismo en el plenario. Lo primero que ha referido es que le llama la atención la mezcla pautada por la Dra. Violeta del glucosalino y el glucosado; pues con el primero (que ya lleva algo de glucosa), habría sido suficiente para hidratar a la menor, sin perjuicio de que tal tratamiento no perjudicó en nada a la misma; en realidad, la regla general es evitar la fluidoterapia endovenosa en menores siempre que se pueda. Aclara que la colocación de los dos sueros en "Y", complica, o aumenta las probabilidades de error en la disolución de aquellos. La hiperglucemia de 1.732 mg/dl, junto con el resto de datos concurrentes en este caso, generan una osmoralidad tan elevada que hace muy difícil una solución médica con éxito; los vasos sanguíneos de los menores son muy delicados y se rompen con facilidad.

Esa glucemia tan alta es de muy difícil compatibilidad con la vida. Ciertamente, si la perfusión de glucosado se hubiera efectuado de forma lenta, poco a poco, en varias horas, se habría podido estabilizar, pero como se subió de forma tan brusca, lo lógico es entender que era irreversible, e incompatible con la vida. La niña ostentaba antes de la perfusión endovenosa una osmoralidad de 280 miliosmoles/l, y en el segundo análisis alcanzó una osmoralidad de 361 miliosmoles/l; un aumento de 81.1 miliosmoles en 20 minutos sobrepasa con creces los límites de lo soportable por la circulación arteriolar terminal del cerebro. Esa osmoralidad tan alta, hincha los vasos en cavidades rígidas (cerebro), y desembocan en la rotura de vasos sanguíneos.

Afirma con rotundidad, que la perfusión de un solo suero glucosado de 100 ml al 50%, a 250 ml/h, que contiene 50 gramos de glucosa, pasado en 24 minutos provocó un aumento brutal del 30% de la osmoralidad y de 24 veces la cifra de glucemia que es incompatible con la vida a pesar de la intervención rehabilitadora posterior que pudiera efectuarse. Un frasco de glucosado en ese tiempo supone un aporte de 160 a 180 miligramos de glucosa por kilo de peso, y se consume por la menor de 4 a 8 miligramos de glucosa por minuto, luego, hubo un gran exceso. Parte de la glucosa se diluyó en el espacio intersticial, pero, aun así se puede generar una subida de 380 miliosmoles/l; con una sola perfusión de glucosado se puede producir ya el daño en la niña y alcanzar esos niveles tan altos de glucemia. La perfusión del primer glucosado ya fue suficiente para causar un daño irreversible, esto es, la muerte. Con 1.732 mg/dl de glucemia, se está indicando la imposibilidad del organismo de asumir más azúcar; pasado ese límite, la insulina que se introduzca deja de cumplir su función, al igual que la generada de forma natural por el organismo. No existen estudios médicos con niveles de glucemia tan altos, pues casi siempre son supuestos de errores de dispensa por sanitarios.

La administración de un 2º o 3º frasco de suero glucosado, solo habría adelantado el resultado finalmente producido, y también habría perjudicado las posibilidades de recuperación; es decir, en ese caso, la niña podría haber fallecido en el Hospital de DIRECCION000, sin poder llegar con vida al de Castellón. Preguntado expresamente por el letrado de la acusación particular, en orden al tiempo que el suministro del primer frasco de suero glucosado a la niña pudo tardar en ocasionar el edema cerebral, ha respondido que varias horas. El daño cerebral irreversible se puede situar a partir de 320 miliosmoles/l. Afirma que las convulsiones se produjeron sobre las 16:00 horas, que no a las 15:20 horas, por que fue la primera a la hora en que terminó el gotero de glucosado, pero depende de muchos factores, y podrían haberse producido 20 minutos antes o 40 minutos después.

Acerca de la parte de suero glucosado que se podría haber quedado en la bomba, lo normal no es que se quede un 20%, pues con la manipulación de la enfermera debería pasar todo; sin perjuicio de ello, se mantiene en sus anteriores conclusiones para el caso de haber pasado solo el 80% del primer frasco de suero glucosado.

El perito D. Avelino, autor del informe obrante al folio 947 a 951 de los autos, ha dispuesto en el plenario que lo ratifica, y que para su elaboración ha partido del Baremo previsto en la Ley 35/2015. Tras hacer el informe, recibió los partes de baja de los padres de la niña fallecida; sin embargo, con esos partes no debería ser suficiente para valorar el daño, es preciso un informe diagnosticado; se debe conocer su evolución en el tiempo, y si se mantiene, se llega a la secuela. La madre tenía una incapacidad previa por una dolencia en una muñeca, y se sumó lo de los presentes hechos, constándole partes de baja hasta junio de 2019. Persistió en el tiempo el padecimiento emocional, y se la medicó; o bien se entiende que se ha llegado a la estabilización precoz y se va directamente a la secuela, o bien se tienen en cuenta determinados días de perjuicio personal básico. Solo ha dispuesto de un informe de psiquiatría de la madre y nada más. En esos casos se podría llegar a considerar secuela, para lo cual es preciso un informe psiquiátrico y una afectación a la vida de esa persona, pudiendo llegar a 3 estadios: leve, moderado o grave. A la madre se la prescribió diazepam 2,5 g. que es la dosis mínima. Se la podría considerar bajo estrés postraumático moderado (de 1 a 5 puntos); alrededor de tres puntos de secuelas. En el presente caso se podría considerar que cada padre padeció unos 90 días de baja como perjuicio personal particular, y a partir de allí se convirtió en secuela, valorable en tres puntos. Sí que es procedente la indemnización de un 25% más a cada padre por tratarse de hijo único.

Bien, hasta aquí el contenido de la prueba testifical y pericial practicada en el plenario en relación con la tipificación de los hechos.

SEGUNDO.- Procede a continuación el análisis de la figura delictiva por la que las acusadas han sido traídas al proceso, y determinar, si procede, la integración del tipo penal, respecto de cada una de ellas.

Se acusa por el Ministerio Fiscal y por la acusación particular, conjuntamente, de un delito de homicidio imprudente cometido por imprudencia profesional (grave) del [artículo 142.1º del Código Penal](#), donde se expresa que se castiga con la pena de prisión de uno a cuatro años al que por imprudencia grave causare la muerte a otro. Si el homicidio se hubiera cometido por imprudencia profesional, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años.

La [Sentencia del Tribunal Supremo nº 1841/2000 de 1 de diciembre](#), invocada por la [Sentencia del mismo Tribunal 582/2006 de 29 de mayo](#), explica que el [Código Penal actualmente, ha establecido un sistema de punición de las conductas imprudentes que requiere que estas estén taxativa y expresamente recogidas en la Ley \(artículo 12\)](#). Con respecto al homicidio y las lesiones el cumplimiento de este precepto de carácter general se efectúa en la figura de delito de los [artículos 142 y 152, todos ellos del Código Penal](#) y que responden al grado de la imprudencia interviniente en la causación del delito. En ambas figuras típicas es precisa la existencia de imprudencia. Y según ya consagrada y prolongada doctrina de dicha Sala son sus requisitos los siguientes:

a) un factor normativo externo consistente en la infracción de un deber objetivo de cuidado que consiste en un comportamiento esperado socialmente y definido atendiendo a un conjunto de reglas de experiencia expresivas de la forma de comportamiento adecuado a adoptar en cada caso por personas de inteligencia y prudencia normales.

b) un elemento subjetivo consistente en una acción u omisión voluntaria, pero totalmente carente de dolo, y que se caracteriza por omitirse psicológicamente por el agente el cumplimiento del deber de cuidado descuidando las precauciones que permitirían impedir consecuencias nocivas previsibles y prevenibles o evitables.

c) resultado de un daño.

d) relación de adecuada causalidad entre la acción u omisión imprudente o negligente del sujeto y el resultado dañoso producido.

La [Sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de fecha 29 de noviembre de 2001](#), recogida por multitud de Sentencias de Audiencias Provinciales con posterioridad como la de 28 de mayo de 2019, de la Sección 2 de la Audiencia Provincial de Gran Canaria, de la que se ha considerado conveniente extraer los siguientes extremos, y en orden a la imprudencia en el marco de la actividad médica, establece:

"Se debe recordar que, según una línea jurisprudencial ya consolidada, para imputar jurídico-penalmente un resultado de lesiones o muerte a una conducta en el marco de la actividad médica es necesario que, junto a la inexistencia de dolo, concurren los siguientes elementos: a) en primer lugar, la creación de un riesgo típicamente relevante para con la vida y/o salud de la persona del paciente, elemento que en el injusto imprudente se vincula con la infracción de la norma de cuidado, esto es, la acomodación o no del facultativo en su actuación al estándar técnico aplicable al caso, calificando los hechos como constitutivos de un delito o como un falta de homicidio imprudente en atención, respectivamente, a la gravedad o levedad de la norma de cuidado conculcada; y b) en segundo lugar, la denominada relación de riesgo, o imputación "objetiva" en sentido estricto, es decir, es necesario probar que el resultado de muerte y/o lesión producido es imputable al riesgo ex ante creado, o más concretamente, a la norma de cuidado vulnerada por el facultativo en cuestión, debiendo acreditarse en los casos de omisión que el tratamiento o actuación correcta hubiera evitado en una probabilidad rayana a la seguridad dicho resultado lesivo.

La [Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2002 EDJ 2002/33106](#)), señala, haciendo mención a una reiterada Jurisprudencia ([STS 1904/2001, de 23 de octubre EDJ2001/37186](#), [SS. de 16-6-87 EDJ1987/4810](#) y [24-10-94](#)) que la comisión de un delito de imprudencia exige: una acción u omisión voluntaria, la creación con ella de una situación de riesgo previsible y evitable, la infracción de una norma de cuidado y la producción de un resultado dañoso -hoy no de cualquiera sino del propio de alguno de los tipos dolosos que admiten la forma culposa- derivado de aquella descuidada conducta, de forma que entre ésta y el daño exista una adecuada relación de causalidad. Y como señala la [STS 29-11-01 \(RJ 2002/1787\)](#) cuando la culpa esté relacionada con la conducta de un profesional, que ha de tener saberes y posibilidades específicas de actuación preventiva de un daño, las reglas socialmente definidas alcanzan un más alto grado de exigencia pues no son ya las comunes que se imponen a cualquier persona, sino que incluyen las del conocimiento y aplicación de los saberes específicos para los que ha recibido una especial preparación y titulación. La inobservancia de esas reglas determina un plus de antijuridicidad.

En el caso concreto de la culpa médica se ha reconocido en la doctrina jurisprudencial, señala la [STS de 29-11-01](#) "que no la constituye un mero error científico o de diagnóstico, salvo cuando constituyen un error cuantitativa o cualitativamente de extrema gravedad, ni cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy cualificada especialización, y para evaluarla se encarece señaladamente que se tengan en consideración las circunstancias de cada caso concreto, con lo que se determinan grandes dificultades porque la ciencia médica no es una ciencia de exactitudes matemáticas y los conocimientos diagnósticos y de remedios están sometidos a cambios constantes determinados en gran medida por los avances científicos en la materia", como ya estableció la S. 811/1999, de 25 de mayo (RJ 1999, 5253).

Continua la referida STS, que en el Código vigente de 1995, con general aceptación de la doctrina científica, ha desaparecido, como se establece en el art. 12, la configuración genérica de la imprudencia ("crimen culpae"), sustituida por tipificaciones concretas de la misma expresamente establecidas en la ley ("crimina culposa") y ha desaparecido también la calificación tripartita del sistema derogado. Las nuevas categorías legales de imprudencia son la grave, la única que constituye delito y la leve que equivalen en lo esencial a las anteriormente denominadas temeraria y simple. Se diferencian básicamente entre sí en la mayor o menor intensidad del quebrantamiento del deber objetivo de cuidado que, como elemento normativo, sigue siendo la idea vertebral del concepto de imprudencia, como se dijo en la [sentencia de 10 de octubre de 1998 \(RJ 1998, 8709\) \(recurso 4213/1997\)](#). **La imprudencia grave requiere el olvido u omisión de los cuidados y atención más elementales lo que se traduce, en el caso de la culpa médica profesional, en impericia inexplicable y fuera de lo corriente**. Con respecto al tratamiento de la negligencia penal en el ámbito de las profesiones sanitarias, cuando se juzgan imprudencias médicas, deben tenerse en cuenta, por tanto, las siguientes consideraciones:

1ª.- El simple error de diagnóstico o en la terapia no constituye delito, salvo que por su entidad o categoría cualitativa o cuantitativa resulten de extrema gravedad. 2ª.- **El estudio, a efectos penales, del profesional ha de hacerse caso por caso, atendiendo a todas las circunstancias concurrentes y evitando generalizaciones**. 3ª.- El análisis casuístico debe efectuarse valorando la conducta exigible al facultativo medio normal (sin perjuicio de la especial preparación que caracteriza a los especialistas) en función de la situación del paciente y el resultado mortal o lesivo, dentro de la correspondiente relación de causalidad, apreciando la intervención del profesional en el diagnóstico, en la terapia y en sus reacciones durante el curso de la enfermedad y huyendo de generalizaciones.

Dentro de la imprudencia profesional, la correspondiente a la actuación del médico presenta siempre graves dificultades para su apreciación, porque la ciencia que profesan es inexacta por definición, confluyen en ella factores y variables totalmente previsibles que provocan serias dudas sobre la causa determinante del daño, y a ello se añade la necesaria libertad del médico, que nunca debe caer en audacia o aventura. La relatividad científica del arte médico -los criterios inamovibles de un día dejan de serlo para otro posterior-, la libertad, en la medida expuesta, y el escaso papel que juega la previsibilidad, son notas que caracterizan la actuación de estos profesionales. La profesión en sí mismo no constituye, en materia de imprudencia, un elemento agravatorio ni calificativo -no quita ni pone imprudencia -, pero sí puede influir, y de hecho influye, para determinar no pocas veces la culpa o graduar su intensidad.

No toda infracción de la norma de cuidado comportará automáticamente responsabilidad penal si de ella no se derivan los ulteriores requisitos del actuar negligente. El Derecho Penal integra un sector del ordenamiento jurídico presidido por el principio de intervención mínima en cuanto último reducto al que cabe acudir cuando las cuestiones o conflictos no pueden ser solventados en otros campos del Derecho, debiendo dejarse constancia al hilo de ello de que no toda actuación culposa de la que se derive un resultado dañoso determinará que el autor de la acción u omisión incurra en infracción penal, siendo paradigma de ello el que junto a la culpa penal coexista la civil, regulándose ésta, en su modalidad de responsabilidad extracontractual o "aquiliana", en los artículos 1902 y siguientes, viniendo a disponer el precepto citado que todo aquel que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, estará obligado a reparar el mal causado. Al hilo de ello, es doctrina y jurisprudencia pacífica, vertebrada alrededor del principio de "ultima ratio" del sistema punitivo (de la que es exponente a nivel legislativo la reducción de las figuras penales imprudentes y de la propia configuración típica de la falta de imprudencia con resultado de lesiones) la que entiende que en la esfera penal se incardinan exclusivamente los supuestos de culpa lata (imprudencia grave constitutiva de delito) y de culpa leve (imprudencia leve constitutiva de falta) pero no la culpa levisísima que quedará circunscrita a la esfera civil, a la que habrá de acudir quien pretenda exigir responsabilidad por culpa de tal entidad.

En cualquier caso, no se puede perder de vista que ese nivel legislativo de reducción de las figuras penales imprudentes, esa clara voluntad despenalizadora que ya fue introducida con el Código Penal de 1995, ha culminado con la entrada en vigor el día 1 de julio de 2015, de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, por la que se deroga el Libro III, y en cuya exposición de motivos, en lo que atañe concretamente a las lesiones por imprudencia, expone ".En cuando al homicidio y lesiones imprudentes, se estima oportuno reconducir las actuales faltas de

homicidio y lesiones por imprudencia leve hacia la vía jurisdiccional civil, de modo que sólo serán constitutivos de delito el homicidio y las lesiones graves por imprudencia grave (apartado 1 del art. 142 y apartado 1 del art. 152), así como el delito de homicidio y lesiones graves por imprudencia menos grave, que entrarán a formar parte del catálogo de delitos leves (apartado 2 del art. 142 y apartado 2 del art. 152 del Código Penal). Se recoge así una modulación de la imprudencia delictiva entre grave y menos grave, lo que dará lugar a una mejor graduación de la responsabilidad penal en función de la conducta merecedora de reproche, pero al mismo tiempo permitirá reconocer supuestos de imprudencia leve que deben quedar fuera del Código Penal. No toda actuación culposa de la que se deriva un resultado dañoso debe dar lugar a responsabilidad penal, sino que el principio de intervención mínima y la consideración del sistema punitivo como última ratio, determinan que en la esfera penal deban incardinarse exclusivamente los supuestos graves de imprudencia, reconduciendo otro tipo de conductas culposas a la vía civil, en su modalidad de responsabilidad extracontractual o aquiliana de los arts. 1902 y siguientes del Código Civil , a la que habrá de acudir quien pretenda exigir responsabilidad por culpa de tal entidad.

La diversidad de situaciones y circunstancias concurrentes en el desarrollo de la actividad médica ha generado una multiplicidad de reglas técnicas en el ejercicio de la profesión. La singularidad y particularidades que concurren en cada supuesto influye, pues, de manera decisiva en la determinación de la regla técnica aplicable al caso. De ahí que la doctrina y la jurisprudencia hablen de "lex artis ad hoc" como módulo rector o principio director de la actividad médica que funcionará a modo de guía o patrón orientador para que el Juez pueda formular un juicio "ex ante", siguiendo un proceso de causalidad hipotética en torno al cual hubiera representado en cada momento la conducta debida para, más tarde, establecer la comparación con las efectivamente realizadas y extraer las conclusiones oportunas.

La expresión "lex artis" (ley del arte o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trate) ha venido empleándose para referirse a un cierto sentido de apreciación en torno a si la tarea desempeñada por un profesional se ajusta o no a lo que marcan las reglas técnicas pertinentes. Desde esta perspectiva **se define la "lex artis ad hoc" como el criterio valorativo de la corrección del acto médico específico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores exógenos (estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la propia organización sanitaria), para calificar tal acto como conforme o no con la técnica normal requerida** . (Este concepto ha sido acogido en diferentes sentencias de la Sala 1ª del T.S. con motivo de reclamaciones fundamentadas en supuesto de culpa o negligencia civil, entre otras pueden citarse: las de 7-2, 29-6-90, 11-3-91 y 23- 3-93).

La actividad médica o sanitaria, en todo caso, según la más moderna doctrina científico- penal, el delito imprudente en la actividad sanitaria exige en la estructura de su tipo: a) La inobservancia de los deberes objetivos de cuidado que impone la concreta actividad b) La producción de muerte o lesiones c) Una relación de causa a efecto entre la conducta del agente y el resultado dañoso producido d) Imputación objetiva del resultado (Por todas, [Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de febrero de 1997](#)).

Así, **la responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procederá -a efectos de calificar su conducta como imprudencia grave-temeraria penalmente reprochables- cuando en el tratamiento médico o quirúrgico efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo , con falta de adopción de cautelas de generalizado uso o en ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado, en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que aquél requiere, siendo un factor esencial para tener en cuenta, a la hora de establecer y sopesar el más justo equilibrio en tal delicado análisis, el de la propia naturaleza humana** , que de por sí sufre el desgaste de los años o el deterioro, más o menos sorprendente, de la personalidad fisiológica, avocada, antes o después, al resultado lesivo, cualesquiera que sean las técnicas, los avances o las atenciones prestadas (vid. TSS. 14 feb. 1991 [RJ 1991, 1056])."

Bien, este juzgador ha analizado la extensa prueba practicada en el acto del Juicio Oral, pero antes de examinar la calificación jurídica concreta de la conducta protagonizada por cada acusada, se hace imprescindible valorar y determinar que hechos se consideran demostrados en orden a la calificación posterior.

A)¿Qué cantidad de suero glucosado se perfundió a la menor Reyes?

Paula, ha dispuesto en el plenario que sí suministro y perfundió a la menor Reyes un bote de suero glucosado de 100 ml al 50% a una velocidad de 250 ml/h, y que lo hizo sobre las 15:00 horas de día 13 de noviembre de 2018. Coincide con lo declarado por Dª Manuela, auxiliar de enfermería de Paula ese día, que asegura esta le pidió ir a buscar un bote de glucosado a Farmacia, pues no había en Urgencias, dejándolo en el box de la menor entre las 14 y las 15:00 horas, cuando ya vio que tenía dos sueros de plástico colgados (seguramente el de suero fisiológico y el de glucosalino), llevando ella el de cristal. De hecho, la misma acusada,

así lo anotó en el apartado de Medicación de la hoja de enfermería (folio 183 vuelto); del mismo modo ha manifestado que sobre las 14:40 horas suministró también de forma endovenosa el ondasetrón con 100 ml de suero fisiológico, y a las 14:55 horas el suero glucosado 1/3 de 500 ml a una velocidad de 40 ml/h; igualmente consta anotada en la misma hoja de enfermería tales perfusiones. Se quiere ya dejar muy claro en este momento, que **la anotación que efectúa la enfermera a las 15:00 horas contiene: "suero glucosado al 50% a 250 ml/h la primera hora"**, por lo que, es igual de indiscutible que se puso el primer bote de 100 ml de suero glucosado, como que la anotación de enfermería, o **la previsión del tratamiento a dispensar durante la siguiente hora, era de un total de 250 ml de suero glucosado al 50%**. Se ha debatido mucho en el plenario, pero también se ha llegado a la innegable afirmación de que un bote de suero glucosado de 100 ml al 50% a 250 ml/h, en circunstancias normales pasa en unos 24 minutos; no se va a obviar que puede haber pausas en la dispensa por obstrucciones de la bomba (en este primer suero no las hubo como se ha demostrado), o incluso que solo pase un 80% del suero porque parte de quede en la bomba; en uno u otro caso, la realidad es que esa perfusión, en circunstancias normales debe pasar entre 20 y 25 minutos. La consecuencia de lo anterior vuelve a ser, que, con la interpretación de la pauta médica transcrita en la hoja de medicación de enfermería, durante una hora se tenían que pasar 250 ml de glucosado al 50%, esto es, dos botes y medio del mismo, pues se presentaban en botes de 100 ml cada uno.

Llegados a este punto es cuando empiezan a surgir las discrepancias, como es lógico, para tratar de demostrar una realidad de lo acontecido diferente de la que ocurrió. Paula niega haber dejado ningún bote adicional de suero glucosado colgado en el gotero junto con el dispensado en primer lugar, sin embargo, se tiene la plena convención de que fue a buscarlo y lo dejó allí preparado antes de concluir su turno al ser evidente que se iba a precisar otro al menos. Por su parte **Rosana**, niega haber perfundido ningún suero glucosado que ya estuviera colgado, si no que, desconociendo de donde pudo salir el segundo suero glucosado, sobre las 16:00 horas, cuando dice que finalizó la perfusión del primer suero glucosado, preparó el segundo suero, pero no lo llegó a pasar a la menor porque, en ese momento (en el de la finalización del primer suero, según su versión) le surgieron dudas de la pauta que estaba administrando, llegando a enseñar a la Dra. Violeta la pauta médica y la hoja de medicación de enfermería para que contrastara que no coincidían. Rosana asegura que por eso aparece en la hoja de enfermería GLUC tachado, por que lo iba a pasar, pero finalmente no lo hizo. Se podría entender que a Rosana le surgieron las graves dudas en el momento en que perfundía un frasco, del que, en principio solo debía pasar la mitad (el tercero), así como por el grave deterioro en el que se adentraba la menor.

Es decir, Rosana asegura que el suero glucosado que Paula inició a las 15:00 horas terminó de pasar una hora después, cuando por su velocidad debió haber terminado entre las 15:20 y las 15:25 horas. Francamente, a este jugador le parece una afirmación bastante incoherente con el resto del relato de lo acontecido, como a continuación se verá. Rosana ha asegurado que sobre las 15:15 horas (poco después de iniciar su turno), tuvo dudas sobre la velocidad de los sueros perfundidos por Paula, (de la que conocía, no por haber visto la pauta médica o la hoja de enfermería, si no porque se lo había dicho verbalmente Paula); es por ello que le hizo un comentario verbal a la Dra. Erica (comentario solo, sobre la velocidad, según refiere Rosana), quien le dijo que se lo preguntara directamente a Paula; esto coincide con lo referido por la Dra. Erica. Rosana no le consultó nada a Paula, ni a ningún otro facultativo, hasta que ya fue demasiado tarde.

Continuando con la valoración de la cuestión referida, los padres de la menor, han sido tajantes en la emisión de su versión, y plenamente coincidentes. No se debe olvidar que los mismos no tenían animadversión previa hacia ninguna de las dos acusadas, sin olvidar el fatal desenlace posterior.

D^a Esmeralda, ha dispuesto que Paula colocó dos goteros, un bote grande y uno pequeño, y dejó colgado otro bote pequeño igual que el anterior, es decir, Paula perfundió dos sueros, uno de un bote grande y otro de un bote pequeño, y cuando la bomba pitó sobre las 15:10 y las 15:15 horas, entró Rosana y perfusionó directamente el bote de suero que quedaba colgado sin empezar; luego volvió a pitar la misma bomba, entró Rosana y la manipuló, se fue; luego vomitó la menor, fueron a buscar a Rosana diciéndoles que pronto iba el médico; vivieron a limpiar el suelo; llamaron otra vez a Rosana, entró esta con una auxiliar, le pusieron tiritita en el dedo y se fueron; volvió a pitar la bomba, entró otra enfermera, y muy poco después entró Rosana con otro suero de los pequeños y se puso a la niña, viendo como empezaron a caer las gotitas del mismo. Entre 10 y 20 minutos después de colocarse este tercer suero, su hija empezó a convulsionar. De este relato, se podría entender que el primer suero pequeño que se colocó a la menor era el de suero fisiológico con el ondasetrón, sin embargo, ello no es coherente con el reconocimiento por la propia Paula de que ella misma inició la perfusión de un bote de glucosado antes de finalizar su turno, por lo que cuando la madre de la menor se refiere a la perfusión de un bote pequeño, se está refiriendo de forma indiscutible al primer bote de cristal de glucosado.

El padre D. Arturo, como ya se ha analizado, ha mantenido la misma versión que su esposa, pero ha puntualizado aún más. Asegura que los dos botes pequeños de que dispuso Paula en el box, eran de cristal, dejando uno de ellos preparado y otro perfusionado. Se fue. Sobre las 15:15 horas pitó la bomba del suero de cristal, entró Rosana, y le pinchó el otro suero que estaba colgado de cristal; se fue; después pitó la bomba, entró Rosana, la manipuló y se fue; pocos minutos después volvió a pitar, entró

Rosana, la manipuló y se fue; llamaron a Rosana porque no veían bien a la niña pidiendo que fuera el médico, la niña vomitó, se fue; la volvieron a llamar, les dijo que pronto iba la doctora; vieron a la niña muy mal, volvieron a llamar y entró Rosana con una auxiliar poniendo una tiritita a la niña en el dedo, se fueron; volvió a pitar la bomba; entró otra enfermera que fue la que avisó a Rosana, entrando está en ese momento con un tercer bote de suero de los pequeños, colocándose a la niña y activándolo, serían las 15:50 horas. Es decir, se puede llegar a la misma conclusión en cuanto a los sueros que se colocaron y que se activaron, así como el que se dejó de reserva, de cristal en cualquier caso.

La doctora Violeta, ha concretado que fue sobre las 15:50 o 15:55 horas, cuando volvía de comer cuando la avisó Rosana de que no coincidía la pauta médica con la implantada por enfermería; esto es, coinciden los tiempos, después de que se había iniciado la perfusión del tercer suero glucosado, y al constatar Rosana lo innegable, que la niña estaba muy mal y no debería ser así.

La supervisora general de enfermería de urgencias D^a Soledad ha dispuesto que D^a Amalia (supervisora general de enfermería del Hospital) la refirió, que a su vez Rosana le había dicho que había parado la perfusión después de haber pasado el segundo bote de suero glucosado. La propia Amalia ha dispuesto que cuando habló con Rosana entendió que aquella había preparado y activado la bomba con un suero de glucosado, y está convencida de que el primer suero de glucosado debió finalizar a las 15:15 o 15:20 horas.

Hasta aquí la valoración de los declarado por los testigos presenciales en cuanto al número de dosis de suero glucosado que se pudieron perfundir a la menor, pero es que por otro lado se cuenta con la declaración de diversos peritos: los médicos y médicas que han declarado en el plenario, aunque no lo han hecho en calidad de peritos, esto son: D^a Violeta; D^a Irene; D^a Erica y D. Pio han mostrado su plena convicción de que para alcanzar el nivel de glucemia de 1.732 mg/dl sobre las 16:00 horas del día de los hechos, se tuvo que perfundir al menos dos frascos de suero glucosado de 100 ml al 50%. Por otro lado la versión de los peritos ha sido diversa: el perito D. Fidel ha asegurado que para alcanzar una glucemia de 1.732 mg/dl se precisaba introducir 250 ml de suero glucosado (esto es dos botes y medio); se ampara en el informe del Hospital, el la hoja de enfermería, y en las circunstancias particulares de la menor; no tiene claro que con solo una dosis de 100 ml se hubiera llegado a producir la muerte de la menor, ha trabajado en su informe sobre la administración de 250 ml de glucosado al 50%.

La perito D^a Tomasa (propuesta por la acusación particular) afirma que se tuvieron que perfundir a la menor al menos dos frascos y medio de glucosado, atendido el nivel de glucemia alcanzado de 1.732 mg/dl, el tiempo en que se pautó, el que se empleó para perfusionar y el peso de la menor. Asegura que con la administración de un solo frasco de suero glucosado de 100 ml al 50% no es probable se produjera la muerte de la menor, podría haberse revertido, pero con dos o más frascos, el fallecimiento estaba asegurado. Considera que, a partir de las convulsiones de la niña, es cuando se pasó el límite de reversión; para llegar a convulsionar, se precisaban dos o más sueros de glucosado, teniendo en cuenta la velocidad a la que se suministraron, y restantes características de la menor.

La perito D^a Delfina (inicial perito de los médicos investigados) concluye también que debieron pasarse al menos dos botes de suero glucosado, porque así se desprende de la hoja de medicación de enfermería, atendiendo al algo grado de glucemia (1.732 mg/dl), a la velocidad en que se suministró y las circunstancias de la menor. También ha dispuesto que con 100 o 150 ml de suero glucosado se puede llegar al límite referido de glucemia, pero lo especificó tras repreguntas, y seguramente para un supuesto genérico, no el del presente caso.

El perito D. Amador (perito propuesto por la defensa de Paula), ha dispuesto que se tuvieron que perfundir dos o mas frascos de glucosado, para producir la glucemia de 1.732 mg/dl, y que con uno solo (el 80% del mismo incluso, si se quedó el 20% en la bomba), la glucemia habría sido reversible.

El perito D. Marcelino (perito propuesto por la defensa de Rosana), justo al contrario que el anterior, considera que con un 80% de la perfusión del primer frasco de glucosado pasado en unos 24 minutos, era suficiente como para producir el resultado de muerte, con glucemia irreversible. Sin embargo, cuando ya se ha analizado la pericial plenaria del Sr. Marcelino, por el Letrado de la acusación particular se le ha preguntado por el tiempo que desde la primera perfusión de glucosado (100 u 80 ml/ de glucosado al 50%) debió transcurrir hasta la producción del edema cerebral, y ha respondido: "unas horas", y se considera por este juzgador que esta afirmación no puede coincidir con el propio informe del perito, salvo que se admita la perfusión de más suero glucosado adicional al primer frasco. Así es, de las actuaciones no ha quedado duda de que sobre las 16:00 horas se iniciaron las convulsiones de la menor, y del folio 7 y 8 del informe pericial (folios 1.310 y 1.311) el Sr. Marcelino concluye que las convulsiones aparecen en el momento de la compresión de la caja craneal rígida, pérdida de líquido intracelular, esto es cuando se esta produciendo el edema cerebral; el perito mantiene que se precisa el transcurso de varias horas desde el suministro de la primera

dosis hasta la producción del edema cerebral, pero, acreditado que está que las convulsiones se produjeron sobre las 16:00 horas, habiendo pasado solo una hora desde la primera dispensa, es lógico concluir que se tuvieron que perfundir dos o más dosis de suero glucosado para poder adelantar el resultado convulsivo de forma muy notable.

La respuesta a la pregunta inicialmente formulada: **se perfundieron dos sueros de 100 ml de glucosado al 50%, y se inició la dispensa del tercero que paso durante 5 o 15 minutos.** Ciertamente es, que con la interpretación del informe forense solo se puede llegar a conclusiones amparadas en el suministro de 250 ml de glucosado, pues es con la información que trabaja el mismo. Sin embargo, todos los peritos que han intervenido en el plenario, a salvo del Dr. Marcelino, han concluido que se tuvo que pasar más de un suero glucosado por las razones ya analizadas, y aquel ha reconocido que el edema cerebral se debería haber producido mucho más tarde de haber dispensado un solo suero glucosado. Se hace especial hincapié en que la pauta de medicación establecida en la hoja de enfermería por Paula iba dirigida a perfundir dos frascos y medio de suero glucosado en una hora, y Rosana se percató definitivamente del probable error sobre las 16:00 horas, es decir, cuando ya casi había finalizado el tratamiento de fluidoterapia con glucosado anotado en la hoja de medicación. Claro que se puede disponer de una versión contradictoria entre lo expresado por las dos enfermeras y los padres de la menor, exclusivos testigos presenciales de todos los hechos acaecidos en el box de urgencias, pero la única discordancia real es la versión dada por Rosana, que trata de hacer creer que se estuvo pasado un suero glucosado durante una hora, cuando debía pasar en unos 24 minutos, y ello, en el ejercicio de su legítimo derecho de defensa, pero con el que no está de acuerdo este juzgador. Tal y como se produjo la secuencia de los actos, se considera que Rosana perfundió el segundo suero de glucosado que no tuvo que ir a buscar, pues ya estaba colgado en el gotero, y solo lo tuvo que pinchar sobre las 15:20 horas; y sobre las 15:50 horas, fue a buscar ella o su auxiliar otro suero de glucosado (el tercero), colocándolo, y perfundiéndolo, no llegando a pasar entero ante la orden de STOP dada sobre las 15:55 horas por la Dra. Violeta.

B) ¿Qué cantidad de suero glucosado fue preciso perfundir para provocar la muerte de la menor Reyes?

Nuevamente se hace preciso acudir a las periciales practicadas en el plenario: D. Fidel ha dispuesto que no lo tiene claro, pues ha emitido el informe sobre la dispensa de un total de 250 ml de glucosado al 50%, sin poder aclarar que con 100 ml ya se hubiera producido el resultado.

D^a Tomasa ha dispuesto en el plenario que la dispensa de un solo frasco de suero glucosado (el primero) podría haber sido reversible, eso sí, con muchos daños corporales. Ha relatado que la dispensa inicial de glucosa activa los mecanismos metabolizadores de la misma, se distribuye por todo el cuerpo, se genera insulina, es decir, una parte de la primera dosis se fue asumiendo por el organismo, a pesar de que era una cantidad muy superior a la asimilable por el mismo. Entiende que el límite está en el momento en que se producen las convulsiones de la menor, que es cuando se produce el edema cerebral y el daño irreversible, consecuencia en cualquier caso de la dispensa de dos o más frascos de glucosado.

D^a Delfina, preguntada por este aspecto, no ha podido concretar, amparándose, al igual que el médico forense en el suministro completo de 250 ml de glucosado, no habiendo efectuado los cálculos sobre otros parámetros.

D. Amador, asegura que con el suministro del primer frasco de suero glucosado (o un 80% del mismo), el daño era reversible; asegura que fue con la dispensa del segundo y tercer frasco, unido al modo en que se procedió a bajar de forma brusca la glucemia, lo que dio lugar al fallecimiento de la menor.

D. Marcelino, como ya se ha adelantado, mantiene que con un solo suero glucosado (o el 80% del mismo) se habría producido la muerte de la paciente por la subida repentina de los niveles de osmolaridad.

Es decir, dos peritos no lo han podido aclarar, otra dice que no era suficiente con una dosis para que se produjera el fallecimiento, otro dice que era necesaria la segunda y tercera dosis incluso el tratamiento de insulina precoz, y el último entiende que con el 80% de una dosis del modo en que fue dispensada, el resultado era la muerte. En este punto se tiene que atender a la explicación detallada dada por cada perito, y se constata que D^a Tomasa y D. Amador, a pesar de ser peritos de parte, han coincidido plenamente en cuanto al modo en que la dispensa de glucosa en el cuerpo de la menor fue parcialmente neutralizada por el propio organismo, hasta que se llegó al límite de metabolización, dando lugar a las convulsiones y a fatal desenlace. Se vuelve a traer en este momento a colación la conclusión alcanzada por el perito Sr. Marcelino en cuanto al tiempo que debería transcurrir para la producción del edema cerebral (convulsiones), incompatible con la administración de un solo suero, confirmando el destino de la menor a partir del suministro de suero suficiente como para que se produjeran esas convulsiones (más de un suero glucosado). Es por ello que se puede concluir que **para dar lugar al resultado de muerte, fue preciso dispensar más de una dosis de suero glucosado de 100 ml al 50%**, y todo ello, sin perjuicio de la individualización de la conducta de cada una de las acusadas que a continuación se realizará.

TERCERO.- Individualización de la tipificación de la conducta de las acusadas.

Se trae a colación nuevamente la interpretación jurisprudencial que ya ha sido expresada al inicio del Fundamento de Derecho anterior en cuanto a la conducta imprudente, y especialmente en cuanto a la imprudencia profesional médica. Se recuerda que para imputar jurídico penalmente un resultado de lesiones o muerte a una conducta en el marco de la actividad médica es necesario que, junto a la inexistencia de dolo, concurren los siguientes elementos: a) en primer lugar, la creación de un riesgo típicamente relevante para con la vida y/o salud de la persona del paciente, elemento que en el injusto imprudente se vincula con la infracción de la norma de cuidado, esto es, la acomodación o no del facultativo en su actuación al estándar técnico aplicable al caso, calificando los hechos como constitutivos de un delito de homicidio por imprudencia grave, menos grave o leve (atípico) en atención, respectivamente, a la gravedad o levedad de la norma de cuidado conculcada; y b) en segundo lugar, la denominada relación de riesgo, o imputación "objetiva" en sentido estricto, es decir, es necesario probar que el resultado de muerte y/o lesión producido es imputable al riesgo ex ante creado, o más concretamente, a la norma de cuidado vulnerada por el facultativo en cuestión, debiendo acreditarse en los casos de omisión que el tratamiento o actuación correcta hubiera evitado en una probabilidad rayana a la seguridad dicho resultado lesivo. La imprudencia grave requiere el olvido u omisión de los cuidados y atención más elementales lo que se traduce, en el caso de la culpa médica profesional, en impericia inexplicable y fuera de lo corriente.

Se reitera: la responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procederá -a efectos de calificar su conducta como imprudencia grave-temeraria penalmente reprochables- cuando en el tratamiento médico o quirúrgico efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, con falta de adopción de cautelas de generalizado uso o en ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado, en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que aquél requiere, siendo un factor esencial para tener en cuenta, a la hora de establecer y sopesar el más justo equilibrio en tal delicado análisis, el de la propia naturaleza humana.

A) Paula: La practica de toda la prueba desplegada en el plenario ha ido dirigida al esclarecimiento de los hechos, y a concretar si existía o no responsabilidad de cada una de las acusadas. Sin embargo, se ha convertido en la nota predominante la valoración de la prescripción medica efectuada desde el inicio por la Dra. Violeta. Se ha podido concluir que la prescripción médica pautaada, esto es, fluidoterapia glucosalino 1/3 500ml, más 40 ml glucosado al 50%, primera hora a 250 ml/h, y de la segunda a la cuarta hora a 125 ml/h, de haberse suministrado de ese mismo modo a la menor, no le habría producido ningún perjuicio, al contrario, buscaba su rehidratación después de una gastroenteritis con vómitos y diarrea de cuatro o cinco días de evolución, en el que la pediatra del correspondiente Centro de Salud ya habría intentado la fluidoterapia oral. Se ha tratado de poner de manifiesto la posible inidoneidad de la prescripción médica, pero, además de no ser así, las defensas de las enfermeras están olvidando que, se analiza la alteración del tratamiento de fluidoterapia por parte de las mismas, ya que, se adelanta, de haberse seguido la prescripción médica al detalle, jamás se habría producido el resultado de muerte, ni otro lesivo para la menor. Ha dado la sensación de que tratando de demostrar la excepcionalidad de la fluidoterapia endovenosa en menores de edad, en circunstancias tales como las que accedió a urgencias la menor Reyes, podría justificar el error de ejecución de tratamiento por parte de ambas enfermeras, y no va a ser así.

La defensa de Paula, ha tratado de ampararse en la ausencia de preparación específica en materia de urgencias pediátricas, especialmente en fluidoterapia que podía tener la misma; en el escaso tiempo que llevaba ejerciendo la profesión; en la deficiente transcripción de la pauta médica por parte de la Dra. Violeta, dando a ver que el signo del "+" sobre una raya de la cuadrícula, podía inducir a considerar que no había que diluir los dos sueros, y que debían perfundirse por separado y a ciertas velocidades; la ausencia de protocolo escrito de fluidoterapia del HOSPITAL001 de DIRECCION000 a la fecha de los hechos; el exceso de carga de trabajo en el momento de la ocurrencia de los hechos, con deficiente número de personal; la única responsabilidad por el suministro de un solo frasco de suero glucosado, que podría haber dado lugar a la reversión de la glucemia, y en cualquier caso, a la concurrencia de un error importante, pero no infractor de la lex artis, que podría dar lugar a la consideración de imprudencia leve (atípica), o menos grave en el peor de los casos.

Este jugador no comparte ninguna de las causas de oposición expresadas por la defensa de Paula. La acusada ha reconocido en el plenario que a la fecha de los hechos tenía 4 años de experiencia como enfermera, especialmente dos años en urgencias, aunque hubiera estado últimamente a un tercio de jornada; ha tratado de amparare en que no estaba especializada, que no sabía de fluidoterapia endovenosa en menores. En la profesión sanitaria, las enfermeras o ATS forman parte de un colectivo de profesionales sanitarios con responsabilidad propia y tienen cometidos específicos inherentes a la función que desempeñen, ya sean funciones de índole general que no afectan directamente al trabajo con el paciente ni al apoyo o colaboración en tareas médicas concretas, tales como; funciones de mantenimiento de las instalaciones sanitarias, la limpieza y desinfección del material quirúrgico, etc. Otras funciones, o segunda esfera está relacionada con la asistencia médica al enfermo, tales como cuidado, vigilancia, preparación del paciente en la actividad médico-quirúrgica; en este ámbito jugará especial importancia el principio de división del trabajo, y con especial intensidad, el de confianza, esto es, el médico podrá confiar, con carácter general, en que la

enfermera procederá correctamente en la asistencia médica al paciente, del modo que previamente ha sido pautado por aquel. Existe un tercer ámbito de las enfermeras, donde su cometido se centra en ayudar en las acciones propias del médico, como, por ejemplo, ordenar y preparar el instrumental médico, la labor de control de las gasas utilizadas en una operación, etc.

La responsabilidad penal de las enfermeras o ATS estará condicionada, en parte, por los cometidos específicos que le son asignados por la normativa sanitaria general, y por otro, por la normativa interna que pueda existir en los centros médicos sobre el funcionamiento de cada servicio. Así, el artículo 59 del Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social establece como tarea específica del personal sanitario auxiliar y con plena autonomía: cumplimentar las instrucciones del médico.

Se considera que la acusada Paula no puede tratar de excluir su responsabilidad penal en la circunstancia de llevar poco tiempo en el servicio (aunque 4 años, aún con jornada reducida se considera más que suficiente); no puede ampararse en no haber colocado nunca un gotero así, o incluso a un menor; francamente a este juzgador se le hace difícil entender que la acusada no hubiera puesto nunca un gotero diluido a ningún paciente en 4 años, o si lo había hecho junto con otras compañeras, podría hacerlo aprendido ya el modo de dispensarlo. No puede aferrarse a no haber recibido un curso de fluidoterapia endovenosa sobre menores, o no estar especializada en pediatría, y no puede, porque su grave error estuvo en la incorrecta lectura de la prescripción médica, en su incorrecta aplicación, y en anotar en la hoja médica de enfermería el tratamiento completo de glucosado que debía dispensarse a la menor durante la siguiente hora, que condenó a la menor a recibir, tras su inmediato cambio de turno, el resto de dosis de suero glucosado que la condujeron irremediablemente a la muerte. En cualquier caso, y se va a repetir en varias ocasiones, la acusada, en caso de duda, debió preguntar a la Doctora que prescribió el tratamiento antes de dispensarlo, o al menos, preguntar a alguna compañera que considerara más experimentada, pero no, al parecer, como ha referido la testigo D^a Soledad, la acusada no quería dejarle nada pendiente a Rosana, y en cualquier caso, se considera que estaba cerca la conclusión de su turno.

La pauta prescrita por la Dra. Violeta era clara y tajante, se debía perfundir suero glucosalino 1/3 de 500 ml + 40 ml de suero glucosado al 50%, a 250 ml/h la primera hora y a 125 ml/h las tres horas siguientes; sin embargo, la acusada anotó en la hoja de medicación de enfermería la dispensa de suero glucosalino 1/3 de 500 ml a 40 ml/h, y suero glucosado 250 ml/h al 50% durante una hora. Ya no se trata de que se confundiera el signo "+" por una "y"; que se añadiera a 40 ml una "h" que no existe, es que además se especifica por escrito que se pase a 125 ml/h todo el tratamiento, y solo fue verbalmente como la Dra. Violeta le explicó que la primera hora fuera a 250 ml/h; es decir, la acusada alteró completamente la pauta prescrita por la médica. La claridad de la pauta pautada por la Dra. Violeta, su habitualidad en la actividad ordinaria del Hospital, así como el conocimiento generalizado de la prohibición de la dispensa directa de suero glucosado y la necesidad de su dilución, han sido puestas de manifiesto por los testigos siguientes: enfermera supervisora de urgencias D^a Soledad; médico directora gerente del Hospital D^a Lidia; enfermera de urgencias del Hospital desde 2009 D^a Penélope; enfermera de tarde el día de autos D^a Trinidad; médico adjunta de urgencias del Hospital D^a Tatiana; médico anestesista del Hospital D^a Amanda; supervisora general del Hospital desde 2003 D^a Amalia; médico adjunta del Hospital D^a Erica; médico adjunto de urgencias del Hospital D. Pio; enfermera del Hospital desde 1994 D^a Cecilia; médico forense D. Fidel; perito D^a Tomasa; y perito D^a Delfina. Todos y cada uno de los referidos han dejado claro la prescripción médica era clara y no inducía a error; el suero glucosado se tenía que diluir en el glucosalino, previa extracción de este último de la cantidad que luego se añadía, y ese es el modo de proceder siempre; nunca se puede administrar suero glucosado directo a un paciente, y menos a un niño. En este sentido, la acusada mantuvo en el plenario que ella sí que diluyó los dos sueros mediante dos goteros preparados en forma de "Y"; se equivoca nuevamente Paula, ha sido mantenido por los peritos referidos, y es de sentido común, que por mucho que coloque dos sueros en dos bombas independientes, haciendo coincidir sus tubos en un punto en forma de "Y" terminando ambos en la vía, se juntan, pero no se diluyen, ya que una bomba funcionaba a 40 ml/h y la otra a 250 ml/h, esto es, esta última casi 7 veces más rápido que la primera, por lo que el glucosado penetra casi de forma directa en el organismo de la menor, no hay duda.

Todos los testigos intervinientes en el turno entrante y saliente, bien fueran auxiliares, enfermeras o doctoras, así como las supervisoras de enfermería referidas, han coincidido en que el mediodía de autos, no había una excesiva carga de trabajo, es más, se podría considerar un período más bien de poco trabajo, permitiéndose incluso el acceso al box de urgencias a los dos padre, cuando lo normal es que entre uno solo, sin perjuicio de reiterarse la entrada de un paciente menor psiquiátrico en urgencias que alteró algo el servicio.

La actuación de Paula es merecedora de un reproche muy grave, no cabe entenderlo un error tipificable bajo la imprudencia menos grave, o leve, pues vulneró las más esenciales normas de cuidado propias de su actividad profesional; una vez le fue entregada la pauta de la doctora, tanto escrita como verbal, le correspondía ejecutarla, y ejecutarla correctamente. Se considera que incurrió en una conducta descuidada de la que resulta un proceder irreflexivo; no podía obviar algo básico en su quehacer

diario, uno de los principios básicos de sus estudios universitarios, no podía perfundir de forma directa (del modo en que lo hizo) el suero glucosado, no podía interpretar cantidad por velocidad, no debía dejar preparada la siguiente dosis de suero glucosado, y no podía dejar la pauta errónea en la hoja de enfermería, prevista para la siguiente hora, condenando así el destino de la menor bajo cuyo cuidado directo se hallaba, por mucho que su turno estuviera concluyendo. Ella misma fue la que tomó la decisión de perfundir las cantidades no diluidas y a velocidades erróneas, y en el peor de los casos, nada la excusa de no haber preguntado dudas a sus compañeras, a la médica prescriptora, o a otro médico si lo hubiera considerado conveniente o no lo tenía claro. No lo hizo. Prefirió asumir el riesgo de su conducta, respecto de la paciente bajo su especial cuidado, y ocasionó con su conducta el dramático resultado final.

La conducta de Paula infringe la *lex artis*, pues su conducta no es acorde con la técnica normal requerida y esperada para un profesional en el tiempo, lugar y circunstancias particulares en que la misma se hallaba, y que ya han sido analizadas. A modo de ejemplo se pone de manifiesto la [Sentencia de la Sección 8ª de la Audiencia Provincial de Cádiz de 22 de julio de 2019](#) en donde la ATS cometió un error en la administración de Paracetamol (dispensó 600 gramos a una menor y se habían prescrito 120 gramos), considerándose imprudencia grave con infracción de *lex artis*, no teniendo solo en cuenta un posible error de cálculo, sino que la ATS debería saber la dosis prescrita y debería estar acostumbrada, ya que le era exigible saber que cantidad debía administrar, siendo una de sus labores principales y ante la cual su atención debe ser máxima; todo ello atendiendo también a la fragilidad del paciente, en ese caso, un bebe.

Finalmente, no se va a concluir el análisis de la conducta de Paula, sin atender a la relación lógica o nexo causal que debe haber entre su acción imprudente y el resultado dañoso. Cierto que la misma ha tratado de defender que su conducta no habría propiciado el fallecimiento de la menor, es decir, como ya se ha dicho, no ha quedado demostrado que con la dispensa de un solo suero de glucosado, se hubiera producido necesariamente la muerte de la menor (pero muy probablemente daños fisiológicos y cerebrales irreparables). No obstante, este juzgador no se ha planteado en ningún caso la fractura de la acción de la acusada con el resultado final de muerte; esto es, no se entiende acción con resultado de lesiones en la menor, porque la conducta de Paula sí fue la causante de la muerte de la misma. Sería un error considerar que la acción de Paula (y por ende su responsabilidad), finalizaba con la conclusión de su turno; por esa misma regla se podría entender que no estuvo trabajando ni un minuto del tiempo en el que el glucosado se introducía en el cuerpo de la menor, ya que, al parecer se inició su dispensa justo a las 15:00 horas; no es así, Paula perfundió el primer suero glucosado, dejó preparado en el palo del gotero el siguiente, y lo peor de todo, trasladó erróneamente la prescripción médica a la hoja de medicación de enfermería, imponiendo la dispensa de 250 ml de suero glucosado al 50% desde las 15 hasta las 16:00 horas, y es lo que se terminó materializando (a salvo de parte del último gotero); por lo que el resultado de muerte le es atribuible a su conducta imprudente en su totalidad.

B) Rosana: Se reitera la misma interpretación jurisprudencial de la imprudencia profesional en el ámbito de la actividad sanitaria antes referida.

En este caso, el principal argumento de defensa de la enfermera ha sido la negación de la dispensa de ningún nuevo frasco de glucosado adicional al que hubiera podido dejar activo su compañera saliente Paula. En realidad, en el Fundamento de Derecho Segundo ya se ha analizado la conducta protagonizada por Rosana, al responder a la pregunta sobre cuantos frascos de suero glucosado fueron dispensados; se remite este Juzgado a lo allí dispuesto. Así las cosas, se ha considerado demostrado que Rosana entró en su turno sobre las 15:00 horas, cuando ya estaba siendo dispensado el primer suero glucosado, que concluyó sobre las 15:20 horas, y perfundió el segundo que allí se encontraba colgado ya preparado en el palo del gotero, y finalmente, sobre las 15:50 horas, fue buscar ella misma a Farmacia o encargó a una auxiliar hacerlo, otro frasco de suero glucosado, iniciando también su perfusión. Como ya se ha dicho, estas circunstancias ya han sido analizadas y han sido declaradas probadas por este Juzgador en el Fundamento de Derecho Segundo, en atención a la prueba testifical y pericial practicada, remitiéndose a lo allí expresado. Procede en este momento la valoración jurídica de tal conducta.

Rosana trabajaba como enfermera desde hacía tres años, y en el año 2017 o 2018 entró en el Hospital directamente como enfermera de urgencias. Se puede considerar que tenía ya cierta experiencia en el servicio en el que se hallaba; habría puesto numerosos goteros de diversos sueros, y conocía la limitación de la dispensa directa del glucosado.

Se ha insistido mucho también en el plenario en la forma en la que se produce o se debe efectuar el relevo de turno entre una enfermera saliente y otra entrante. La verdad es que el servicio de Urgencias de un HOSPITAL001 presta una atención continuada e ininterrumpida, y es preciso dotarla de esa continuidad, pues los pacientes deben ser igualmente atendidos durante todo tiempo, sin depender de los cambios de turno de su personal. En tal sentido Rosana asegura que no revisó el parte de prescripción médica al inicio de su turno, pero que lo hizo cuando finalizó la perfusión de Paula a las 16:00 horas, que es cuando dice le fue a preguntar a la Dra. Violeta por la discordancia entre la pauta médica y la anotada por enfermería. Antes, solo se dirigió a la Dra. Erica por una

duda sobre la velocidad de perfusión que ya le había comentado verbalmente Paula, pues lo normal era 125 ml/h y estaba puesto a 250 ml/h. Afirma que nunca había perfundido un suero glucosado de forma directa, solo diluido en suero glucosalino. Cuando leyó la prescripción médica del tratamiento la entendió perfectamente y se dio cuenta del error de lo perfusionado.

A Rosana se le va a atribuir la muerte por imprudencia grave profesional, en atención a su particular infracción de la *lex artis*; en ese caso, el reproche de su culpabilidad viene dado, no tanto por el error, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que se le requería, siendo un factor esencial para tener en cuenta, a la hora de establecer y sopesar el más justo equilibrio en tal delicado análisis, el de la propia naturaleza humana, ahora la de una menor de menos de tres años.

La enfermera D^a Lidia ha dispuesto que lo normal es que la enfermera que entra en un turno se lea la prescripción médica para instruirse de los pacientes. La enfermera D^a Penélope ha dispuesto que lo normal es el revisar tus pacientes a entrar al turno, aunque no es normal leer la prescripción del médico, pero sería lo correcto. La enfermera D^a Trinidad, manifiesta que la que entraba solía confiar en la que salía, pero, si no hay mucho trabajo, se debe avisar de cada paciente. D^a Amalia, supervisora general de enfermería del Hospital ha dispuesto que en el cambio de turno se deben explicar las incidencias a la enfermera entrante sobre cada paciente; lo normal es que se haga verbalmente, pero lo lógico sería mirar la hoja médica y la de enfermería si tienes tiempo, si no, no la miras. La enfermera D^a Cecilia ha dispuesto que cuando se entra al turno no se tiene que mirar lo que ha dejado la compañera, y si ocurre algo, entonces se mira lo que te han prescrito. En nuestro caso, Rosana ha referido que sí recibió instrucciones verbales de Paula, pero que no miró ninguna prescripción hasta las 16:00 horas.

Es en este punto en el que se quiere hacer especial hincapié en el particular modo en que sucedieron los hechos, desde la llegada a su turno por la enfermera Rosana. Ya se ha dicho que se considera demostrado que la misma perfundió dos frascos de suero glucosado en su turno; sin embargo, no solo se le va a exigir responsabilidad por el hecho de no revisar demasiado tarde la pauta médica, manteniendo el error de perfusión de su anterior compañera, no solo por el hecho de perfundir dos frascos más de suero glucosado, si no por la cantidad de oportunidades que tuvo desde el inicio de turno de revisar la perfusión errónea (tanto la ajena, como las propias), sin detenerlas, habiendo manipulado la bomba al menos cuatro veces, bien por cambio de perfusión, bien por obstrucción o aviso de obstrucción, y habiendo entrado en el box en que se hallaba la niña en dos o tres, incluso cuatro ocasiones más por reiterados avisos de los padres de la niña, y no fue capaz de darse cuenta de que la perfusión era errónea por la administración directa de suero glucosado, lo que en palabras de la propia acusada, nunca debía hacerse, y lo sabía entonces. Es indiscutible que la menor estaba bajo el especial cuidado y protección de Rosana en ese momento, tanto por el hecho de controlar la perfusión iniciada por su compañera, como por el hecho de decidir seguir suministrándola, perfusionando otras nuevas, y determinado el modo y velocidad de hacerlo. Puede hablarse de dejación y abandono respecto de la primera perfusión así como de la dispensa de la segunda que allí se encontraba "sin mirar nada más", y puede hablarse de descuido inexcusable en la atención que se le requería.

Este juzgador puede llegar a entender que en la práctica ordinaria de un Hospital, una enfermera entre en un turno, y que no compruebe inmediatamente todas las pautas médicas dadas, eso sí, debe hacerlo en el momento en que perfunde algo nuevo, o manipula la perfusión anterior, y desde luego, debe comprobarlo cuando durante más de 30 minutos los padres de la menor muestran una clara agonía por el cambio de estado físico de la niña, y el estado aparente de salud de la misma se deteriora con rapidez.

Rosana no puede ampararse en el desconocimiento de la técnica de fluidoterapia del Hospital, pues ha dejado claro que sabía que no se debía dispensar directamente el glucosado, siempre había que diluirlo, pudiéndose hacer en "Y", aunque ella no lo solía hacer, sí, otras compañeras. La concurrencia de pacientes en Urgencias el medio día indicado no era excesiva, es más, como ya se ha dispuesto antes, había poca afluencia, hasta el punto de dejar pasar a los dos padres de la menor al box, cuando lo normal es que solo pase uno. Cabe destacar en ese momento, que, de hecho, Rosana no estaba requerida en muchos otros servicios entre las 15 y las 16:00 horas, pues cada vez que la bomba pitó, o se la llamó para acudir al box, lo hizo casi de inmediato. Quiere incidirse en que la acusada tuvo muchas ocasiones para percatarse de su error, y del de su compañera previa, llegando incluso a poner una tiritita en el dedo a la menor justo minutos antes de perfundir el tercer suero, y no fue capaz de comprobar nuevamente lo que se perfundía y el modo y velocidad en que se hacía.

Se reitera el argumento de la responsabilidad de las ATS en general y dentro de la unidad de cada servicio sanitario expresado en el apartado de Paula. Rosana asumió una especial posición de garante respecto de la menor que estaba bajo su cuidado, infringió la norma objetiva de cuidado más elemental en el ejercicio de su actividad sanitaria (tanto por acción como por omisión), dando lugar al terrible resultado. El resultado de muerte se puede atribuir a la actuación de Rosana, bien, por permitir la perfusión errónea ya iniciada por su compañera, bien por accionar las dos perfusiones erróneas siguientes, bien por no consultar las dudas que tuviera en un momento anterior al irreversible con la enfermera o médico de que se tratase, se establece el nexo causal con tal resultado.

CUARTO.- Autoría.

De los hechos que se han declarado probados son autoras directas las acusadas Paula y Rosana, al haber realizado personalmente las conductas punibles descritas, la cuales consideramos que han quedado perfectamente identificadas en la causa.

QUINTO.- Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

Por las defensas se ha puesto de manifiesto la posible concurrencia de la circunstancia atenuante de confesión del [artículo 21.4 del Código Penal](#); de la atenuante de reparación del daño del [artículo 21.5 de la misma norma](#), o la análoga del [artículo 21.7 en relación con el anterior](#); y de la atenuante análoga del [artículo 21.7 del Código Penal](#) en relación con el [artículo 21.1 y 20.7 de la misma norma](#), respecto de la causa de justificación de cumplimiento de un deber.

A) En cuanto a la atenuante de confesión del [artículo 21.4 del Código Penal](#), dispone el mismo "es atenuante en el caso de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades". Debe recordarse, en primer lugar, la reiterada Jurisprudencia de la [Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, de la que sirven como ejemplos sus sentencias de 11 de octubre de 2001 y 8 de septiembre de 2005](#), conforme a la cual, la apreciación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal exige la indubitada acreditación del supuesto de hecho del que la Ley deriva la concurrencia de dichas circunstancias por parte de quien invoca su aplicación. En el caso que examinamos, por lo que se refiere a la confesión, contamos con que la acusada Paula tras ser avisada desde el Hospital de lo ocurrido el mismo día de producción de los hechos, más que confesar su responsabilidad, no le quedó más remedio que reconocer el error de interpretación y transcripción de la pauta médica; Rosana ha negado hasta el día del Juicio Oral su responsabilidad en cualquier tipo de perfusión. Por otra parte, para la aplicación de esta atenuante es preciso que la confesión sea plenamente veraz, en lo sustancial, cosa que no ocurre en nuestro caso, en que se ha puesto de manifiesto por ambas acusadas reiteradas excusas para tratar de evitar la responsabilidad que les correspondía. Y finalmente es necesario el requisito cronológico, esto es que la confesión se produzca antes de que el confesante sepa que el procedimiento se dirija contra él, habiendo negado la Jurisprudencia la operatividad de esta atenuante cuando ya concurren sospechas fundadas sobre el imputado, éste se entera de que está siendo buscado por la Policía o cuando la confesión se produce en el curso de un registro domiciliario. En el presente supuesto, en realidad la investigación hospitalaria recayó directamente sobre la acusada Paula la misma tarde en que se produjeron los hechos, por lo que difícilmente le quedaba a la misma otra opción que mostrarse y no ocultar nada. Rosana, no ha reconocido en ningún caso ningún tipo de conducta responsable ante ninguna autoridad. No procede la apreciación de la circunstancia atenuante respecto de ninguna de las dos acusadas.

B) Se ha puesto de manifiesto por la defensa de las dos acusadas la posible concurrencia de la atenuante de reparación del daño del [artículo 21.5 del Código Penal](#). Dispone tal precepto que la conducta se centra en reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral. Sobre ella se ha pronunciado el TS señalando que "lo que pretende esta circunstancia es incentivar el apoyo y la ayuda a las víctimas, lograr que el propio responsable del hecho delictivo contribuya a la reparación o curación del daño de toda índole que la acción delictiva ha ocasionado, desde la perspectiva de una política criminal orientada por la victimología, en la que la atención a la víctima adquiere un papel preponderante en la respuesta penal. Para ello resulta conveniente primar a quien se comporta de una manera que satisface el interés general, pues la protección de los intereses de las víctimas no se considera ya como una cuestión estrictamente privada, de responsabilidad civil, sino como un interés de toda la comunidad" ([STS de 17 de noviembre del 2005, de 23 de junio del 2008 y 11 de febrero del 2009](#)).

Dos son los elementos que deben concurrir para su apreciación: "1º) el elemento cronológico se amplía respecto de la antigua atenuante de arrepentimiento y la actual de confesión, pues no exige que la reparación se produzca antes de que el procedimiento se dirija contra el responsable, sino que se aprecia la circunstancia siempre que los efectos que en el precepto se prevén se hagan efectivos en cualquier momento del procedimiento, con el tope de la fecha de celebración del juicio. La reparación realizada durante el transcurso de las sesiones del plenario queda fuera de las previsiones del legislador, pero según las circunstancias del caso puede dar lugar a una atenuante análoga; y, 2º) el elemento sustancial de esta atenuante consiste en la reparación del daño causado por el delito o la disminución de sus efectos, en un sentido amplio de reparación que va más allá de la significación que se otorga a esta expresión en el [artículo 110 del Código Penal](#), pues este precepto se refiere exclusivamente a la responsabilidad civil, diferenciable de la responsabilidad penal a la que afecta esta atenuante " ([SSTS núm. 1006/2006, de 10 de octubre; núm. 2/2007, de 16 de enero; núm. 1454/2007, de 28 de febrero; núm. 398/2008, de 23 de junio; núm. 78/2009, de 11 de febrero](#)).

El TS en [sentencia de 11 de Octubre de 2006](#) señala, en referencia a la atenuante de reparación del [artículo 21.5 del C. Penal](#), que la misma ha de ser consecuencia de una acción o conducta personal del acusado, lo que obliga a excluir los pagos hechos por compañía de seguros, los supuestos de constitución de fianza exigidos por el Juzgado, las conductas impuestas por la

administración o la simple comunicación de la existencia de objetos buscados, cuando hubieran sido descubiertos necesariamente.

En atención a la doctrina expuesta, ha de rechazarse la aplicación de la atenuante propuesta dado que la satisfacción parcial de la responsabilidad civil dimanante de la conducta de las acusadas ha corrido a cargo de la aseguradora SEGURCAIXA ADESLAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (consignó judicialmente para pago 142.595,60 euros el 11 de noviembre de 2019, entregado a los perjudicados), y de la aseguradora AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA (afianzó a ambas acusadas por 600.000 euros el 27 de mayo de 2020), lo que impide la apreciación de la atenuante solicitada, respecto de sus solicitantes.

C) En cuanto a la atenuante analógica del [artículo 21.7 del Código Penal](#) en relación con el [artículo 21.1 y 20.7 de la misma norma](#), respecto de la causa de justificación de cumplimiento de un deber. Cuando se menciona esta circunstancia eximente, nos hallamos en el mismo núcleo de la justificación, pues la conducta de quien obra conforme a Derecho, esto es, realizando lo que el ordenamiento jurídico ordena o permite, no puede ser reprochada como antijurídica: sería un contrasentido que un hecho ordenado por la Ley fuere a la vez penalmente ilícito o que lo fuera el ejercicio de un derecho legalmente reconocido.

Se impone a veces al individuo la ejecución de determinados actos que efectivamente se acomodan a una hipótesis típica; la fuente de ese deber puede ser una norma jurídica o el ejercicio de una función pública. Lo más cercano que podría asimilarse nuestro caso a esta causa de justificación es la vertiente de la obediencia a un mandato jurídico (la tradicionalmente denominada, obediencia debida, derogada en su expresión a partir del actual Código Penal de 1995). Así es cuando se trate de la obediencia jerárquica, esto es, que se produce en el ámbito de la jerarquía administrativa; en tal caso el problema se produce cuando el mandato del superior jerárquico sea un mandato antijurídico; para tal supuesto se exige que la obediencia sea legítima y que el carácter ilícito del acto ordenado no sea patente. La legitimidad requiere que: el que emite la orden tenga competencia para darla; que exista una relación de subordinación jerárquica entre el que dé la orden y el que la recibe; que la orden se refiera a materias que son propias de la relación habitual entre el que manda y el que obedece; y que la orden se de en forma legal, esto es, vaya acompañada de las formalidades externas señaladas por la ley.

Bien, este juzgador entiende que el ejercicio legítimo del derecho de defensa no tiene límites, pero a pesar de que podrían concurrir los presupuestos de legitimidad referidos, en ningún caso se puede considerar que el mandado del superior jerárquico (en este caso iría referido a la Dra. Violeta) fuera antijurídico, ni pareciera serlo. Esta causa de justificación podría ser puesta de manifiesto en el supuesto de que la orden médica fuera errónea, y se materializara su ejecución por la enfermera o enfermeras, pero, en este caso, ha quedado demostrado que la prescripción médica pautada era correcta, y precisamente, de haberse aplicado de forma exhaustiva, no se habría producido el resultado conocido. No concurren de ningún modo los presupuestos alegados por las defensas en orden a la referida causa de justificación, y no cabe su apreciación.

La defensa de Paula ha tratado de reconducir la falta de apreciación de la causa de justificación referida al error de prohibición vencible o invencible del [artículo 14.3 del Código Penal](#). Refiere expresamente dicho precepto "El error invencible sobre la ilicitud del hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error fuera vencible, se aplicará la pena inferior en uno o dos grados". La alta Jurisprudencia entiende para estos casos que no es necesario para excluir este error que el sujeto tenga la seguridad del carácter antijurídico de su acto, bastando que tenga conciencia de una alta probabilidad de su ilicitud; en particular, la [Sentencia del tribunal Supremo de fecha 29 de noviembre de 1997](#) advierte que "no falta un conocimiento de los elementos configuradores de la tipicidad, sino que se interpone la falsa creencia de estar operando legítimamente". Este error es el que afecta a la conciencia de la antijuridicidad, en cuanto significa que el sujeto, que conoce los elementos objetivos de su comportamiento, desconoce en cambio, que el mismo está prohibido por el Derecho, y por ello cree estar obrando jurídicamente. Si la conciencia de lo injusto integra el núcleo del reproche de culpabilidad, pues lo que caracteriza la forma más propia de reproche al autor es su inequívoca falta de actitud jurídica, su predisposición a no obrar conforme a Derecho, si falta la conciencia de estar actuando injustamente, de desoír la llamada al deber que emana de la norma jurídica, nada puede reprochársele, salvo que en la formación de esa creencia errónea se produzca un defecto en que basar el reproche, es lo que ocurre cuando el error es evitable o vencible o el actor actúa con "ceguera jurídica". En nuestro caso, no concurre en la acusada el error de prohibición, en su modalidad de vencible ni de invencible, pues no recaía sobre Paula un desconocimiento de la ilicitud de su acción, sino que erró completamente en la interpretación de la prescripción médica dada; es decir, Paula, sin ninguna duda sabía que debía cumplir la pauta prescrita por la Dra. Violeta, y conocía, que de haberla seguido de forma estricta, ningún mal se habría producido; sin embargo, el error inexcusable en la interpretación de la pauta médica y su posterior dispensa, no puede tener cabida en una previsible conciencia de ausencia de ilicitud de su conducta por la acusada, completamente responsable del previo error propio de interpretación, eso, a modo de imprudencia grave, sin dolo, como ya se ha concluido, y es lo procedente.

SEXTO.- Pena.

Por lo que se refiere a las penas a imponer el **artículo 142.1 del Código Penal** castiga la conducta tipificada, con la pena de prisión de uno a cuatro años. La acusación pública interesa la pena de tres años de prisión, y la acusación particular la de cuatro años de prisión. Añadiendo que para el caso de cometerse por imprudencia profesional se imponga además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión u oficio o cargo por un período de tres a seis años. Interesa el Ministerio Fiscal la pena de tres años de inhabilitación para el ejercicio de la profesión sanitaria o de la profesión de enfermera; ascendiendo la acusación particular a los seis años.

Por ello, valorando las concretas circunstancias del caso, se ha de imponer a cada una de las dos acusadas **la pena de UN AÑO y NUEVE MESES de PRISIÓN**, con inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena; así como **la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión sanitaria o de la profesión de enfermera por tiempo de TRES AÑOS y DIEZ MESES**. La extensión y tipo de las penas impuestas encuentra su fundamento en la conducta de cada una de las acusadas, la creación por cada una de ellas de la situación de peligro para la menor, la omisión de cualquier cuidado lógico que habría impedido el fatal desenlace, la especial posición de garante que cada enfermera ostentaba en su turno respecto del bien jurídico protegido sin obrar del modo exigido por la norma penal, la agonía sin defensa alguna generada a la menor durante al menos una hora, la dejadez inexcusable en el desempeño de su actividad ordinaria, el absoluto abandono de la lógica más evidente en su quehacer sanitario, manteniéndose los límites del **artículo 142.1 del Código Penal**. Se ha optado por la misma graduación penológica a cada acusada, sin distinción, considerando que la gravedad de su conducta, aunque en distintos tiempos, es la misma como ya ha sido analizada en la valoración de la prueba y tipificación de los hechos previa.

SÉPTIMO.- Responsabilidad Civil.

Consecuentemente con lo ya referido, procede el análisis de la prueba finalmente practicada en el acto del juicio, a los efectos de determinar la responsabilidad civil, a quien corresponde su abono y en que cantidades.

En cuanto al título de imputación de la responsabilidad civil, sin perjuicio de que puede resultar suficiente el de imputación penal por el que se ha obtenido una condena en los términos expresados anteriormente, si bien ello es cierto, también lo es que no se ha discutido por las defensas, otro título atribución de la responsabilidad civil derivada del delito, que no haya sido ya analizada a la hora de valorar la responsabilidad penal. No ha sido así en el presente caso por lo que se va a analizar exclusivamente el importe al que deba ascender la indemnización global, al efecto de puntualizar con que responsabilidad solidaria deben responder conjunta, solidaria y directamente las dos penadas Paula y Rosana, y las dos aseguradoras SEGURCAIXA ADESLAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, así como AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, y de forma subsidiaria la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. SEGURCAIXA en calidad de **aseguradora del HOSPITAL001 de DIRECCION000**; AMA en calidad de **aseguradora de Paula**, pero afianzadora de ambas acusadas (folio 1.094 de los autos).

Bien, la acusación particular y el Ministerio Fiscal han interesado la cantidad global de 600.000 euros por todos los daños y perjuicios causados a los padres de la menor fallecida, D. Arturo y D^a Esmeralda. La acusación particular ha aportado las bajas laborales de ambos progenitores desde la fecha de los hechos hasta el mes de noviembre de 2019, sin perjuicio de afirmarse en el plenario que siguen en tal situación en la actualidad, aportando también un informe de trastorno adaptativo del padre y por estrés postraumático respecto de la madre (folios 1.047 y 1.048 de los autos).

La defensa de SEGURCAIXA, ha reconocido, aplicando el baremo de la Ley 35/15 de 22 de septiembre de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que corresponde a cada padre, conforme con la Tabla de indemnizaciones por causa de muerte TABLA 1.A PERJUICIO PERSONAL BÁSICO, por el fallecimiento de hijo de hasta 30 años, con la actualización del año 2018, para cada progenitor: 71.297,80 euros, ya consignados judicialmente en fecha 11 de noviembre de 2019 (folio 952), y abonados a los padres (pago a Procurador el 11 de diciembre de 2019, folio 993). Así lo ha analizado su perito en el plenario D. Avelino, conforme con su informe obrante a los folios 947 y siguientes; ese mismo perito ha reconocido que procedería incrementar esa cantidad en un 25% mas a cada progenitor conforme con la TABLA 1.B. PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR, por el fallecimiento del único hijo a la fecha de los hechos. Finalmente, el perito ha reconocido que, tras hacer el informe, recibió los partes de baja de los padres de la niña fallecida; sin embargo, con esos partes no debería ser suficiente para valorar el daño, es preciso un informe diagnosticado; se debe conocer su evolución en el tiempo, y si se mantiene, se llega a la secuela. La madre tenía una incapacidad previa por una dolencia en una muñeca, y se sumó lo de los presente hechos, constándole partes de baja hasta junio de 2019. Persistió en el tiempo el padecimiento emocional, y se la medicó; o bien se entiende que se ha llegado a la estabilización precoz y se va directamente a la secuela, o bien se tienen en cuenta determinados días de perjuicio personal básico. Solo ha dispuesto de un informe de psiquiatría de la madre y del padre y nada más. En esos casos se podría llegar a considerar secuela, para lo cual es preciso un informe psiquiátrico y una afectación a la vida de esa persona, pudiendo llegar a 3 estadios: leve, moderado o grave. A la madre se la prescribió diazepam 2,5 g. que es la dosis mínima. Se la podría considerar bajo estrés postraumático moderado; alrededor de tres puntos de secuelas. En el presente caso se

podría considerar que cada padre padeció unos 90 días de baja como perjuicio personal particular, y a partir de allí se convirtió en secuela, valorable en tres puntos. Es por ello que el Letrado de SEGURCAIXA considera que se podría indemnizar en el peor de los casos a cada progenitor en 90 días de perjuicio particular moderado a 52,96 euros cada uno, y un máximo, también para cada uno de los tres puntos de secuela por el trastorno adaptativo y por el trastorno por estrés postraumático respectivamente (Trastornos Neuróticos), de 2.500,54 euros para la madre y de 2.359,25 euros para el padre, por considerarlo moderado.

Este juzgador va a hacer uso del baremo fijado por la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, ya referida anteriormente, por considerar la misma analógicamente aplicable a los resultados de muerte o lesiones en el ámbito que es objeto de estudio en el presente caso. Así se han inclinado muchas Sentencias de Audiencias Provinciales como la de la [Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Córdoba de fecha 1 de septiembre de 2016, que a su vez hace referencia a la Sentencia](#) del Tribunal Supremo de fecha 6 de marzo de 2013, una cosa es que no sea obligatoria la aplicación del Baremo, y otra que no pueda ser tenido en cuenta, ya que partiendo de su posible utilización como elemento orientativo, las cantidades que resultan en sus tablas pueden considerarse un cuadro de mínimos, pues habiendo sido fijadas imperativamente para casos de imprudencia, con mayor razón habrán de ser atendidas en la producción de lesiones dolosas, y así la jurisprudencia viene corrigiendo ligeramente al alza las cantidades resultantes del Baremo en porcentajes variables de entre un 10 a un 20% como media (en caso de delito doloso).

Por todo ello, tratándose de muerte por imprudencia en cualquier caso procede fijar la indemnización conforme a los siguientes conceptos:

1) TABLA 1.A PERJUICIO PERSONAL BÁSICO, por el fallecimiento de hijo de hasta 30 años, con la actualización del año 2018, para cada progenitor: 71.297,80 euros.

2) TABLA 1.B. PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR, por el fallecimiento del único hijo a la fecha de los hechos, incremento de la anterior cantidad en un 25%, para cada progenitor: 17.823,70 euros.

3) TABLA 1.B. PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR, por perjuicio excepcional, incremento de la cantidad de la TABLA 1.A en un 25%, para cada progenitor: 17.823,70 euros. Se estima procedente la valoración del perjuicio de forma excepcional en este caso. Para ello se atiende a su interpretación jurisprudencial en resoluciones tales como la Sentencia de la Sección 5ª de la Audiencia Provincial de Vigo de fecha 31 de julio de 2017 en la que se dispone que: "para la estimación de la reclamación por perjuicio excepcional es ineludible la demostración de las circunstancias singulares alegadas por la reclamante -relativas a la entidad y alcance de daños y perjuicios experimentado". En nuestro caso, este juzgador considera que el perjuicio excepcional está demostrado; se debe partir, de la especial agonía que sufrieron los dos progenitores, pues, independientemente de que ya se haya previsto una partida indemnizatoria por la existencia de hija única, no se puede obviar la absoluta imprevisibilidad del resultado de muerte para los mismos; es decir, el daño moral que se genera cuando unos padres acuden a un Hospital con una hija de menos de tres años, con un padecimiento gastrointestinal (muy común), y hallándose la menor en perfecto estado de salud, en cuestión de dos horas, pasaron, sin ninguna justificación, por el peor trance que un progenitor puede atravesar: ver sufrir a una hija menor hasta la muerte por el grave error de interpretación de una pauta médica, y sin que la niña pueda entender nada de lo que le está ocurriendo, pasando, sin más. Es tal el remordimiento y el sentimiento de culpabilidad que pueden llegar a padecer los padres, que esta partida indemnizatoria está plenamente justificada.

4) Reconocido por SEGURCAIXA y acreditado por los padres el período de estabilización emocional hasta la secuela, se consideran, 90 días de perjuicio personal moderado a 52,96 euros por día: 4.766,40 euros. Se considera igualmente en este caso el tope de cinco puntos de secuelas para cada progenitor, visto el largo período de afectación laboral que llevan ambos, indicador del real trastorno psiquiátrico padecido, por aplicación de la TABLA 2.A.1, trastorno neurótico moderado: 4.333,54 euros en el caso de Dª Esmeralda, y de 4.077,93 euros en el caso de D. Arturo.

Procede un total **a favor de Dª Esmeralda de 116.045,14 euros** .

Procede un total **a favor de D. Arturo de 115.789,53 euros** .

OCTAVO.- Intereses y costas.

Procede la imposición a las dos compañías aseguradoras SEGURCAIXA ADESLAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, así como AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA de los intereses previstos en el [artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro](#) desde la fecha de producción del siniestro, pues de las actuaciones no se constata se haya producido por la aseguradora el abono dentro de los tres meses siguientes a la producción del siniestro, al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro; todo ello sin perjuicio de limitar tales intereses

moratorios proporcionalmente a la fecha en que se ha producido la consignación judicial para pago por SEGURCAIXA del importe de 142.595,60 euros en fecha 11 de noviembre de 2019 (folio 952), y abonados a los padres, generando a partir de tal fecha los moratorios por el resto de indemnización no abonada.

Procede la imposición a las penas de los intereses legales del [artículo 1.108 del Código Civil](#) desde la fecha de fallecimiento de la menor, sin perjuicio de generar los del [artículo 576 de la LEC](#) desde la fecha de la presente resolución.

De acuerdo con lo previsto en el [art. 123 del CP](#) deben imponerse a las penas las costas procesales, en cuanto que criminalmente responsables del delito imputado.

VISTOS los artículos citados y demás de aplicación del Código Penal y de la legislación orgánica y procesal, de acuerdo con la potestad que me confiere la Constitución Española

FALLO

Que DEBO CONDENAR y CONDENO a Paula y a Rosana, como sendas autoras responsables de un delito de homicidio por imprudencia grave cometido por imprudencia profesional de los previstos en el [artículo 142.1º del Código Penal](#), no concurriendo circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, **a las penas, para cada una de ellas, de UN AÑO y NUEVE MESES de PRISIÓN**, con inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena; así como **a la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión sanitaria o de la profesión de enfermera por tiempo de TRES AÑOS y DIEZ MESES**, y pago de las costas procesales.

En concepto de responsabilidad civil, las penas Paula y Rosana, y las dos compañías aseguradoras **SEGURCAIXA ADESLAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS**, así como **AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA**, **deberán indemnizar conjunta y solidariamente, con la responsabilidad personal subsidiaria de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, a D^a Esmeralda de 116.045,14 euros, y a D. Arturo de 115.789,53 euros**, por todos los perjuicios causados al mismo, y sin perjuicio de los importes ya indemnizados por la entidad DIRECCION001, más los intereses legales del [artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro](#) respecto de las dos entidades aseguradoras desde la fecha de producción del hecho hasta el completo abono de la indemnización acordada, sin perjuicio de limitar tales intereses moratorios proporcionalmente a las fechas en que se ha producido la consignación judicial por importe de 142.595,60 euros en fecha 11 de noviembre de 2019, imponiendo los intereses legales del [artículo 1.108 del Código Civil](#) a las dos penas, desde la fecha de los hechos, sin perjuicio de generar los del [artículo 576 de la LEC](#) desde la fecha de la presente resolución para las mismas penas y hasta el completo pago de la indemnización.

Contra esta resolución, que no es firme, cabe interponer recurso de apelación ante la Ilma. Audiencia Provincial de Castellón, dentro del plazo de los diez días siguientes a aquel en que sea notificada, periodo durante el que se hallarán las actuaciones en este Juzgado a disposición de las partes.

Así por esta mi Sentencia, lo pronuncio, mando y firmo.