



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General de la Nación

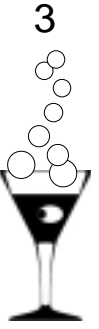
**REGLAMENTO
TÉCNICO FORENSE
PARA LA DETERMINACIÓN
DEL ESTADO
DE EMBRIAGUEZ AGUDA**

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE
PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA
DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA**

SANTAFE DE BOGOTA, D.C., DICIEMBRE DE 2005





REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA

MÁXIMO ALBERTO DUQUE PIEDRAHITA
Director General

LUIS ALBERTO RAMÍREZ ORTEGÓN
Subdirector de Investigación Científica

GUILLERMO VELOSA ARBELAÉZ
Subdirector de Servicios Forenses

ANA MARIA BERENQUER VISBAL
Jefe División Normalización y Certificación Forense

AÍDA ELENA CONSTANTÍN PEÑA
Jefe División de Clínica y Psiquiatría Forense

ELABORACIÓN:	REVISIÓN:	APROBACIÓN:
<ul style="list-style-type: none">- Grupo de Trabajo de Estandarización y Validación Del Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda.- División de Normalización y Certificación Forense	<ul style="list-style-type: none">- Ocho Direcciones Regionales del INMLYCF- División de Ciencias Forenses- Jefe División de Clínica y Psiquiatría Forense- Jefe División de Normalización y Certificación Forense- Subdirección de Investigación Científica- Subdirección de Servicios Forenses	<ul style="list-style-type: none">- Dr. Máximo Alberto Duque Piedrahita, Director General.
Fecha: Diciembre de 2004	Fecha: Noviembre de 2005	Fecha: Diciembre de 2005





REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA

GRUPO DE TRABAJO DE ESTANDARIZACIÓN Y VALIDACIÓN

DIVISIÓN DE CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA FORENSE
Aída Elena Constantín Peña

DIVISIÓN DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN FORENSE
Ana María Berenguer Visbal
Gema Camacho Rodríguez

DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ
GRUPO DE PSIQUIATRÍA FORENSE
Iván Perea Fernández

DIRECCIÓN REGIONAL ORIENTE
DIRECCIÓN SECCIONAL BOYACÁ
María Eugenia Botero Duque

Teresa Pérez Hernández
Química Farmacéutica, Magíster en Toxicología.





**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA
LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**
ESTABLECIMIENTO PUBLICO ADSCRITO A LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

RESOLUCIÓN No. 001183 del 14 de Diciembre de 2005

Por medio de la cual se adopta el REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE
PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA.

EL DIRECTOR GENERAL

En ejercicio de sus facultades legales y en especial en las conferidas en la Ley 938 del 30 de diciembre de 2004, y

CONSIDERANDO:

Que en virtud del proceso de modernización y avance de la medicina forense, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se consolida como el principal organismo científico del sistema judicial colombiano, que aporta las pruebas periciales necesarias para garantizar la objetividad de los procesos judiciales y policivos.

Que se hace necesario garantizar al sistema de administración de justicia, la idoneidad de las pruebas periciales que se aportan a las Investigaciones, atendiendo a las necesidades nacionales y teniendo en cuenta aspectos de seguridad, calidad científica y técnica, salud y preservación del medio ambiente entre otros.

Que en desarrollo de su misión, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, debe servir como órgano de verificación y control de las pruebas periciales y exámenes forenses practicados por los Cuerpos de Policía Judicial del Estado y como Centro Científico de Referencia Nacional en asuntos relacionados con la Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Que de conformidad con la Ley 938 del 30 de diciembre de 2004, en el numeral 5, del artículo 36, corresponde al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, definir los reglamentos técnicos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones periciales asociadas con medicina legal, ciencias forenses y ejercer control sobre su desarrollo y cumplimiento.

Que el Decreto 2535 de 1993 de la Presidencia de la República (Reglamentario de la Ley 61 de 1993), dispone la incautación y multa o decomiso de armas, municiones, explosivos y sus accesorios, si quien las porta o transporta se encuentra en notorio estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicotrópicas, así como a quién portándolas en lugares públicos consuma licor o use sustancias psicotrópicas.





Que el Código Disciplinario Único (Ley 734 de 2002), el Régimen Disciplinario de las Fuerzas Militares (Ley 836 de 2003) y el Código Sustantivo del Trabajo (Ley 141 de 1961 y normas complementarias), prohíben concurrir o encontrarse en el trabajo o el servicio en estado de embriaguez o bajo la influencia de narcóticos, así como el consumo de alcohol y estupefacientes durante el ejercicio de las actividades laborales, siendo estas conductas generadoras de sanciones disciplinarias o de terminación unilateral del contrato de trabajo por justa causa.

Que el Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002), las regulaciones nacionales e internacionales en materia de aviación civil y transporte marítimo y fluvial (OACI -Anexo Convenio de Chicago; Decreto No. 1108 de 1994, Presidencia de la República; Ley 658 de 2001), y demás normatividad relacionada, contemplan la circunstancia de la embriaguez o el consumo de estupefacientes para la aplicación de sanciones administrativas a los conductores de cualquier tipo de vehículos, pilotos de naves y aeronaves, operadores y controladores aéreos, y en general personal técnico de mantenimiento y apoyo de aeronaves en tierra, entre otros.

Que la Resolución 000414 del 27 de agosto del 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aclarada mediante Resolución 000453 del 24 de septiembre de 2002, fija los parámetros científicos y técnicos relacionados con el examen de embriaguez y alcoholemia, estableciendo en su Artículo primero, literal B, que el examen clínico para la determinación de embriaguez alcohólica se realizará según el estándar forense establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Que se hace necesario definir el Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

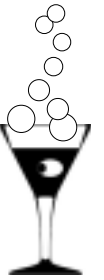
ARTÍCULO PRIMERO.- Adoptar en todas sus partes el Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a

MÁXIMO ALBERTO DUQUE PIEDRAHITA





REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA





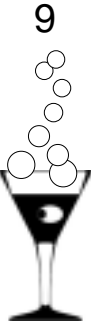


TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
PRESENTACION	11
INTRODUCCIÓN	
I. ASPECTOS GENERALES	
Objetivos	15
Alcance	15
Marco Legal	16
Marco Teórico	18
Definiciones Conceptuales	19
II EL PROCESO PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ	23
Objetivos	24
Condiciones	
Descripción del Proceso	
Responsables	
Documentos Involucrados en el Proceso	
Diagrama de Flujo	
1 ACTIVIDAD Nro. 1. RECEPCIÓN DEL CASO	
1.1 Objetivos	
1.2 Responsables	
1.3 Condiciones	
1.4 Descripción.	
1.5 Documentos	
2 ACTIVIDAD Nro. 2 EXAMEN CLÍNICO FORENSE	
2.1 Objetivos	
2.2 Definiciones	
2.3 Responsables	
2.4 Condiciones	
2.5 Descripción	
2.5 Documentos	
3 ACTIVIDAD NO 3. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES DEL INFORME CLÍNICO FORENSE SOBRE EMBRIAGUEZ	
3.1 Objetivos	
3.2 Responsables	





- 3.3 Condiciones -----
- 3.4 Descripción -----
- 3.5 Documentos -----

- 4. ACTIVIDAD No 4. PRUEBAS PARACLÍNICAS COMPLEMENTARIAS -----
- 4.1 Objetivos -----
- 4.2 Responsables -----
- 4.3 Condiciones -----
- 4.4 Descripción -----
- 4.5 Documentos -----

- 5. ACTIVIDAD No 5. ENVÍO DEL INFORME PERICIAL Y ARCHIVO -----
- 5.1 Objetivos -----
- 5.2 Responsables -----
- 5.3 Condiciones -----
- 5.4 Descripción -----
- 5.5 Documentos -----

II **ANEXOS** -----

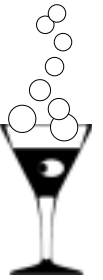
Anexo 1. Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez -----

Anexo 2. Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos -----

Anexo 3. Formato de Consentimiento Informado -----

IV **CONSTANCIA DE RECEPCIÓN Y CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO TÉCNICO** -----





Presentación

En gran parte del mundo, y Colombia no es la excepción, el consumo de alcohol se constituye en un hecho que infortunadamente acompaña como agravante o como causa de un importante número de infracciones a la Ley, por lo que determinar el estado de embriaguez es una obligación en estos casos ya sea como un dictamen independiente o como parte de experticias mas complejas.

El alcohol etílico ha sido históricamente un condicionante de la conducta del ser humano y, sin lugar a dudas, muchas de las grandes decisiones han sido tomadas por las personas bajo los efectos del alcohol, con resultados usualmente negativos que para ejemplificarlos basta empezar por el detrimento económico en el que incurre quien invita a las copas y continuar enumerando otros efectos que llegan finalmente al deceso del alicorado o de una persona que muchas veces nada tiene que ver con el “festejo”, como es el caso de los inocentes peatones arrollados por conductores beodos.

En ese punto, cuando la autoridad interviene para procesar judicialmente al borracho culpable o realizar la inspección judicial al cadáver, la solicitud al forense de realizar el dictamen de embriaguez solo puede ser atendida con metodologías científicas que de modo responsable permitan hacer el diagnóstico correcto, positivo o negativo, del alicoramiento, con las obvias consecuencias que durante el proceso penal ello conllevará.

Por esto mismo el interés de esta publicación, elaborada por un grupo de especialistas con amplia experiencia en el campo de la clínica forense, es hacer cada vez mas objetivo este tipo de pericia y facilitar tanto al perito como al investigador judicial el estudio de los casos y la interpretación de los resultados, que igual podrán ser corroborados posteriormente con análisis en los laboratorios de toxicología.

MÁXIMO ALBERTO DUQUE PIEDRAHITA
Director General.







Introducción

La intoxicación aguda por alcohol etílico tiene particular connotación, por el consumo amplio y socialmente aceptado en muchas partes del mundo, y por generar en la persona cambios psicológicos, orgánicos y neurológicos de corta duración en el tiempo, que ponen en peligro no sólo su seguridad personal sino también la de otros, en especial cuando se portan armas de fuego, se conduce un medio de transporte o se realizan labores que implican riesgo o responsabilidad. Lo mismo sucede con otras sustancias depresoras, estimulantes, alucinógenas o con efectos mixtos, cuyo consumo también produce alteraciones psíquicas, orgánicas y neurológicas que afectan la capacidad del individuo para realizar este tipo de actividades.

La embriaguez es un estado de intoxicación aguda con diversas manifestaciones psíquicas y físicas, e intensidad, evaluadas y diagnosticadas mediante examen clínico-forense por un médico, quién determina la necesidad de realizar o no exámenes paraclínicos complementarios. Sin embargo, una de las eventualidades que disminuye la utilidad de esta prueba es la falta de oportunidad en la solicitud de examen médico forense por parte de la autoridad competente.

Por otra parte, existe una estrecha relación entre la comisión de delitos y el estado de embriaguez de algunos de los sujetos involucrados en procesos judiciales y administrativos, lo cual también exige del auxilio científico que proporcionan las pruebas de embriaguez por examen clínico o la determinación de alcoholemia por métodos directos o indirectos.

Según lo establecido por la Ley 938 de diciembre de 2004, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene entre sus funciones básicas, “Definir los reglamentos técnicos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones periciales asociadas con medicina legal, ciencias forenses y ejercer control sobre su desarrollo y cumplimiento”.

En cumplimiento de esta función se expide y adopta el presente “REGLAMENTO TÉCNICO FORENSE PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA”, el cual constituye el estándar forense del examen clínico de embriaguez al que se refiere el literal B del artículo 1° y el artículo 3° de la Resolución 000414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aclarada mediante Resolución 000453 del 24 de septiembre de 2002.

Los médicos que en todo el territorio nacional deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez y rendir el respectivo informe pericial en los casos señalados por la Ley, tienen la responsabilidad ética, moral y legal de hacerlo de acuerdo con este



Reglamento Técnico Forense, el cual ofrece una descripción actualizada y clara de los procedimientos que se deben seguir para tal efecto.

Los parámetros establecidos son el resultado de una labor de documentación, estandarización y validación, realizada por un equipo interdisciplinario¹ de profesionales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

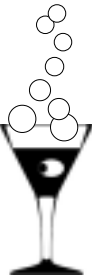
El “Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda”, es una herramienta fundamental para garantizar la calidad del examen, de tal forma que contribuya con mayor efectividad al ejercicio de la administración de justicia, así como a la aplicación de las medidas de control y prevención de la accidentalidad en tránsito. Además, permite evaluar el desarrollo y cumplimiento de los parámetros establecidos, con el fin de adoptar medidas de mejoramiento continuo y optimizar la prestación del servicio forense.

Es fundamental su actualización periódica, así como su adecuada divulgación y control, con lo cual se garantiza la unificación de criterios en el desarrollo de las pruebas periciales de embriaguez que se practiquen en el país.

En el primer capítulo de este reglamento técnico forense se encuentran los aspectos generales, el marco legal y teórico, y las definiciones conceptuales. En los capítulos siguientes se describe el proceso para la determinación clínica de embriaguez, así como las diversas actividades y procedimientos que lo componen. Finalmente, en los anexos se presentan algunos formatos y tablas, los cuales se deben conocer y utilizar como referente o guía para el desarrollo de cada una de las etapas del proceso.



¹ De las áreas de la medicina, la psiquiatría y la toxicología forense.



I.

ASPECTOS GENERALES

El Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda, está orientado a todas las personas que participen en el proceso de realización del examen clínico forense de embriaguez, en todo el territorio nacional, garantizando la consolidación e interpretación de los resultados en el contexto del caso en investigación, y el correcto manejo, preservación, documentación y custodia de los elementos de prueba.

OBJETIVOS

- Establecer los procedimientos que deben cumplir quienes participan en el proceso de determinación clínica de embriaguez, para dar respuesta a los requerimientos de la legislación colombiana a este respecto.
- Promover y facilitar el mejoramiento continuo del proceso, así como de los respectivos procedimientos para la determinación clínica de la embriaguez.
- Promover el respeto a la dignidad humana y la integridad personal durante el proceso de determinación clínica del estado de embriaguez aguda.

ALCANCE

El “Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda” es aplicable por todos los médicos y miembros de los equipos administrativos de apoyo que participen en la realización de examen médico forense para establecer clínicamente el estado de embriaguez en una persona viva, en Colombia², desde la recepción del caso hasta el envío del informe pericial y archivo de la copia respectiva.

2 De conformidad con los artículos 250 de la Ley 600 de 2000, 204 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.) y 150 de Ley 769 de agosto 6 de 2002 (Código Nacional de Tránsito Terrestre).



Por tanto, incluye a los peritos médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y a todos los profesionales médicos que deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez y rendir el respectivo informe pericial en los casos señalados por la Ley, en todo el territorio nacional, así como al personal auxiliar y administrativo (tales como secretarios, enfermeras, auxiliares, entre otros), participantes en el respectivo proceso de atención y/o tengan contacto con los elementos materiales probatorios o evidencia física que puedan ser de utilidad en la investigación³

Este reglamento técnico forense no tiene aplicación para efectos relacionados con el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes y otras sustancias a las cuales se refieren el Capítulo II del Título XIII del Código Penal, la Ley 30 de 1986 y las normas complementarias (dosis personal, hábito de consumo.)

MARCO LEGAL

La determinación clínica de embriaguez regulada por este Reglamento Técnico Forense, está enmarcada en los referentes normativos que se mencionan a continuación:

➤ **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

- Artículos 1 y 13

➤ **CÓDIGO PENAL (Ley 599 de 2000)**

- Libro Segundo, Parte Especial “De los Delitos en Particular”, Título I:
 - Capítulo Segundo “Del Homicidio”, artículos 109 y 110, numeral 1.
 - Capítulo Tercero “De las Lesiones Personales”, artículos 120 y 121.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL (Ley 600 de 2000)**

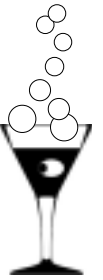
- Título Preliminar “Normas Rectoras”, artículo 1.
- Libro I “Disposiciones Generales”, Título I “De las Acciones”, artículo 42.
- Libro I “Disposiciones Generales”, Título VI “Pruebas”:
 - Capítulo I “Principios generales”, artículos 232 y 233.
 - Capítulo II “Inspección”, artículo 248.
 - Capítulo III “Prueba Pericial”, artículos 249 a 258.
 - Capítulo III “Disposiciones Especiales”, artículos 288 a 290.
- Libro II “Investigación”, Título I “Investigación Previa”, Capítulo V “Detención Previa”, artículo 357, numeral 2.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL (Ley 906 de 2004)**

- Título Preliminar “Principios Rectores y garantías procesales”, artículo 1.
- Libro II, Título I “La indagación y la investigación”:
 - Capítulo I “Órganos de indagación e investigación”, artículo 204.
 - Capítulo III “Actuaciones que requieren autorización judicial previa para su realización”, artículos 247, 249, 250.

³ Para efectos de la Cadena de Custodia, según los Artículos 288 y 289 de la Ley 600 de 2000 y los Artículos 254 y 255 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Resolución No. 01890 de 2002, Fiscalía General de la Nación.





- Capítulo V “Cadena de Custodia”, artículos 254, 255, 257 a 265.
- Capítulo VI “Facultades de la defensa en la investigación”, artículos 267 a 270.
- Libro II, Título II “Medios cognoscitivos en la indagación e investigación”, Capítulo Único,--- artículos 275,276 y 277.
- Libro III “El juicio”, Título IV “Juicio Oral”, Capítulo III “Práctica de la Prueba”, Parte III “Prueba Pericial” artículos 405 a 423.

- **CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO TERRESTRE (Ley 769 de 2002)**
 - Título Preliminar “principios rectores y garantías procesales”, artículo 1.
 - Título I “Disposiciones Generales”, Capítulo I “Principios”, artículo 2.
 - Título I, Capítulo II “Autoridades”, artículos 3 y 131, literal D.
 - Título II, “Régimen Nacional de Tránsito”, Capítulo II “Licencia de Conducción”, artículo 26, numerales 3 y 4.
 - Título IV “Sanciones y Procedimientos”, Capítulo II “Sanciones por Incumplimiento de las Normas de Tránsito”, artículo 131.
 - Título IV “Sanciones y Procedimientos”, Capítulo VII “Actuación en Caso de Infracciones Penales”, artículo 148.
 - Título IV “Sanciones y Procedimientos”, Capítulo VIII “Actuación en Caso de Embriaguez”, artículos 150 a 152.

- **CÓDIGO DISCIPLINARIO ÚNICO (Ley 734 de 2002)**
 - Libro II Parte Especial, Título Único “La Descripción de las Faltas Disciplinarias en Particular”, Capítulo I “Faltas gravísimas”, artículo 48.

- **CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO (Ley 789 de 2002)**
 - Artículo 60, numeral 2 y artículo 62, literal A, numeral 6.

- **DECRETO 2535 DE 1993, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (reglamentario de la Ley 61 de 1993 sobre armas, municiones y explosivos)**
 - Artículo 85, literales a y b; artículo 87 literal b; artículo 89 literales c y d.

- **RESOLUCIÓN 000414 de AGOSTO 27 de 2002, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**
 - Artículo 1, literal B; artículo 3 y artículo 4.

- **RESOLUCIÓN 000453 DE SEPTIEMBRE 24 DE 2002, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**
 - Por la cual se aclara la Resolución 000414 del 27 de agosto de 2002, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- **RESOLUCIÓN 0-1890 de 2002, FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN**
 - Por la cual se reglamenta el artículo 288 de la Ley 600 de 2000.

- **RESOLUCIÓN 0-2869 de 2003, FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN**
 - Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia.





- **RESOLUCIÓN 0-6394 DE 2004, FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN**
 - Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el sistema penal acusatorio.
- **RESOLUCIÓN 0.2770 de 2005, FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN**
 - Por la cual se modifica el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia, adoptado mediante Resolución 0-6394 de 2004 de diciembre 22 de 2004.
- **CIRCULAR No. 012-2005 DG. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, DIRECCIÓN GENERAL.**

Sobre “Implementación del Formato Único de Registro de Cadena de Custodia”.
- **OTROS**
 - Régimen Disciplinario de las Fuerzas Militares (Ley 836 de 2003); Decreto No. 1108 de 1994 de la Presidencia de la República; Ley 658 de 2001 y demás normatividad relacionada con la embriaguez producida por alcohol etílico o por otras sustancias depresoras, estimulantes, alucinógenas o con efectos mixtos.

MARCO TEÓRICO

Se denomina **EMBRIAGUEZ** al conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en otros órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de algunas sustancias farmacológicamente activas, los cuales afectan su capacidad y habilidad para la realización adecuada de actividades de riesgo. Este concepto incluye lo que se entiende por “intoxicación”, según el DSM-IV, la medicina y la toxicología, cuando el estado de embriaguez es agudo.

El consumo crónico de tales sustancias puede llevar al desarrollo de alteraciones permanentes en el organismo y generar tolerancia, abuso o dependencia.

A continuación se presenta una clasificación de las sustancias cuyo consumo puede producir embriaguez, la cual obedece a criterios médicos y toxicológicos.

SUSTANCIAS DEPRESORAS:

- Alcohol
- Benzodiazepinas (tranquilizantes e hipnóticas)
- Fenotiacinas
- Barbitúricos
- Metacualona
- Atropínicos (Escopolamina)
- Opiáceos
- Anestésicos
- Disolventes y sustancias volátiles (Inhalantes)





SUSTANCIAS ESTIMULANTES:

- Coca y sus derivados
- Anfetaminas
- Mezcla a base de tabaco, mentol y otras sustancias utilizadas por vía oral (conocido como Chimú, en los llanos orientales).

SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS:

- Hongos
- LSD
- Drogas de diseño
- Yagé, Yopo y otros

SUSTANCIAS CON EFECTOS MIXTOS:

- Éxtasis
- Cannabinoides
- Antidepresivos.

Genéricamente se puede decir que las sustancias **depresoras**, como su nombre lo indica, se caracterizan por deprimir el funcionamiento del sistema nervioso central, disminuyendo o retardando la capacidad de respuesta psíquica y corporal del organismo, pudiendo llevar al individuo hasta el coma o la muerte; las **estimulantes**, por acelerar el funcionamiento del Sistema Nervioso Central y en general de todo el organismo, y las **alucinógenas**, por generar una distorsión de las impresiones sensoriales, dando lugar a ilusiones, alucinaciones, entre otros. **Las sustancias con efectos mixtos** son aquellas que simultáneamente producen varios efectos, generando manifestaciones clínicas combinadas. Los efectos y manifestaciones clínicas particulares de cada uno de los grupos de sustancias mencionados se verán en detalle más adelante.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **ALCOHOLEMIA:** Es la concentración de alcohol etílico contenido en la sangre; para dar respuesta a los requerimientos de la legislación colombiana sobre determinación de embriaguez se debe expresar en mg de etanol / 100 ml de sangre total, de conformidad con el literal A del artículo primero de la Resolución 0414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aclarada mediante Resolución 0453 de 2002.
- **ALCOHOSENSOR:** “Sistema para determinar el alcohol en aire exhalado”.⁴

En general, se pueden dividir en dos grandes grupos:

4 Artículo 2, Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002)





A) Cualitativos: indican la presencia o ausencia de alcohol mediante una señal (luminosa o de otro tipo); usualmente son de mano. Por tratarse exclusivamente de una determinación cualitativa, no son aptos para dar respuesta a los requerimientos de la normatividad colombiana sobre determinación de embriaguez, según lo establecido en el artículo primero de la Resolución 0414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁵, dado que no permiten establecer la alcoholemia.

B) Cuantitativos: miden la cantidad de alcohol en el aire espirado y mediante un factor interno hacen la conversión a concentración de etanol en sangre (Alcoholemia), almacenándola en la memoria del equipo y reportándola inmediatamente en una pantalla y, en algunos casos, de manera impresa, mediante un dispositivo de registro; pueden ser portátiles o de mesa.

- **CADENA DE CUSTODIA:** Es el procedimiento que se aplica para garantizar la permanencia de las condiciones de integridad, identidad, preservación, seguridad, continuidad y registro de los elementos físicos de prueba, así como la documentación de los cambios hechos en ellos por cada custodio, desde que estos son encontrados y recolectados, hasta la finalización de la cadena por orden de la autoridad competente.^{6,7,8}
- **DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte, el cual puede ser papel, medio magnético, óptico u electrónico.⁹ Para los efectos del presente reglamento técnico, se definen genéricamente tres grandes tipos de documentos:
 - **Documentos de sustentación:** son aquellos que fundamentan la actuación pericial y contienen la información que el perito debe conocer (previamente y durante todas las etapas del proceso), integrar y analizar, para orientar el abordaje forense integral e interpretar los resultados dentro del contexto de la investigación, en cada caso.
 - **Documentos de referencia:** son documentos que contienen los requerimientos procedimentales básicos que se deben conocer y utilizar como referente o guía para el desarrollo de las actividades en cada una de las etapas del proceso (actividades), así como aquellos documentos sobre aspectos particulares relativos a algún procedimiento específico (instructivos y otros, los cuales se incluyen como anexos).
 - **Documentos por generar:** son los documentos y otros registros escritos, gráficos y fotográficos, entre otros, que se deben generar o producir durante las diferentes etapas del proceso.
- **DROGA DE ABUSO:** aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento), y susceptible de ser auto administrada¹⁰.

5 Aclarada mediante Resolución 0453 de 2002 del mismo Instituto .

6 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. “Reglas de Oro de la Cadena de Custodia”, 1998.

7 Resolución No. 01890 de 2002, Fiscalía General de la Nación.

8 Artículos 288 y 289 , Ley 600 de 2000 y Artículo 254 y 255, Ley 906 de 2004 (C.P.P.).

9 Norma ISO 9000:2000 (ES), Sistemas de Gestión de Calidad , Fundamentos y Vocabulario. Numeral 3.7.2.

10 Lorenzo, P., Ladero, J. Leza, J., Lizasoain I. “Drogodependencias”. Editorial Médica Panamericana, Madrid , 1998.





- **ELEMENTOS MATERIALES PROBATORIOS Y EVIDENCIA FÍSICA:** son parte de los medios cognoscitivos en la indagación e investigación; se encuentran señalados de manera enunciativa en el artículo 275 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004) y tienden “a demostrar la realidad del hecho y a señalar al autor y partícipes del mismo”¹¹.

Son elementos materiales probatorios y evidencia física, entre otros: “huellas, rastros, manchas, residuos, vestigios y similares, dejados por la ejecución de la actividad delictiva”; “armas, instrumentos, objetos y cualquier otro medio utilizado para la ejecución de la actividad delictiva”; “ los elementos materiales descubiertos, recogidos y asegurados en desarrollo de diligencia investigativa de registro y allanamiento, inspección corporal y registro personal”; y “los descubiertos, recogidos y custodiados por el Fiscal General o por el fiscal directamente o por conducto de servidores de policía judicial o de peritos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, o de laboratorios aceptados oficialmente”¹²

- **EMBRIAGUEZ:** “Estado de alteración transitoria de las condiciones físicas y mentales, causada por intoxicación aguda que no permite una adecuada realización de actividades de riesgo”¹³.
- **PERITO:** Es un experto en determinada técnica, ciencia, arte o conocimiento especializado, quien previa solicitud conforme con la legislación colombiana pertinente, realiza un reconocimiento, examen, estudio o valoración relativo a su área de conocimiento; reporta sus acciones, observaciones, análisis y resultados, en el respectivo informe pericial (por escrito); y, cuando es citado, comparece en audiencia, para rendir su testimonio experto y ser interrogado y conainterrogado, al respecto (oralmente)¹⁴.
- **TOLERANCIA:** Proceso farmacocinético y farmacodinámico de un individuo, que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de obtener los mismos efectos. Su aparición puede obedecer a adaptaciones enzimáticas, aumento en la velocidad de la eliminación de la sustancia o alteraciones metabólicas de las neuronas.¹⁵
- **TRASLADO:** “Es el movimiento que se hace de los elementos materia de prueba y evidencia física, de un sitio a otro”¹⁶.
- **TRASPASO:** “Es el acto por el cual un custodio entrega la guarda y responsabilidad de la escena del crimen y los elementos materia de prueba y evidencia física a otro custodio.”¹⁷

11 Código de Procedimiento Penal. Ley 906 de 2004. Capítulo II. Actuaciones que no requieren autorización Judicial previa para su realización. Artículo 213. Inspección del lugar del hecho.

12 Código de Procedimiento Penal. Ley 906 de 2004. Título I. Medios cognoscitivos en la Indagación e Investigación. Capítulo Único. Elementos Materiales probatorios evidencia física e información. Artículo 275. Elementos materiales probatorios y evidencia física.

13 Artículo 2, Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002)

14 Ley 906 de 2004 Artículo 405: Procedencia. “La prueba pericial es procedente cuando sea necesario efectuar valoraciones que requieran conocimientos científicos, técnicos, artísticos o especializados. Al perito le serán aplicables, en lo que corresponda, las reglas del testimonio”; Artículo 406: Prestación del servicio de peritos. “El servicio de peritos se prestará por los expertos de la policía judicial, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entidades públicas o privadas, y particulares especializados en la materia de que se trate”.

15 D. Córdoba Palacios. Toxicología. Editorial el Manual Moderno. 4ª. Edición. Año 2000. Pág. 416.

16 Resoluciones 0-2869 de 2003 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” y 0-6394 de 2004 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio”, Fiscalía General de la Nación.

17 Ibid



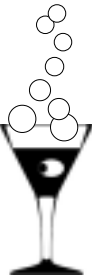


- **REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos y proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.¹⁸
- **REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA:** Es la historia exhaustiva y documentada de cada traspaso y traslado del material físico de prueba durante el desarrollo del proceso judicial. Permite verificar la identidad, el estado y condiciones originales de los elementos físicos de prueba, así como las modificaciones realizadas a estos; establecer la ruta seguida por dichos elementos; determinar su lugar de permanencia y la persona responsable de la custodia en cada lapso de tiempo.^{19, 20, 21, 22}

En Colombia, el Registro de Cadena de Custodia se debe efectuar en el formato establecido para tal efecto por la Fiscalía General de la Nación, según la reglamentación sobre Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia vigente en cada lugar, a medida que vaya entrando el sistema penal acusatorio en las diferentes partes del país.^{23, 24}

-
- 18 Norma ISO 9000:2000 (ES), Sistemas de Gestión de Calidad , Fundamentos y Vocabulario. Numeral 3.7.6.
- 19 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. “Reglas de Oro de la Cadena de Custodia”, 1994 y 1998; “Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual ” versión 01, noviembre de 2002 (Resolución 000586 de 2002). INML y CF-FNUAP, 2002. Pág. 26;
- 20 Fiscalía General de la Nación, Op. Cit. 7. Artículo 10.
- 21 Ley 600 de 2000 (C.P.P.) , artículo 289 ; y Ley 906 de 2004 (C.P.P.), artículo 254.
- 22 Fiscalía General de la Nación, Resolución 0-6394 de 2004 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio” .
- 23 Artículo 530 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.).
- 24 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución No. 0-2869 de 2003 de la Fiscalía General de la Nación), o “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio” (Resoluciones 0-6394 de 2004 y 0.2770 de 2005 de la Fiscalía General de la Nación), según el caso.





II

PROCESO PARA LA DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ

En este proceso se incorporan aspectos inmersos en la prestación del servicio forense, la aplicación del método científico en el desarrollo de la valoración médica y el manejo técnico de los elementos de prueba recolectados, asociados con la investigación.

El proceso de determinación de embriaguez por examen clínico forense describe las actividades que lo conforman y sus respectivos procedimientos; constituye una herramienta que consolida los métodos de valoración estandarizados y validados para el diagnóstico clínico de embriaguez, así como el aporte desde la actuación pericial de elementos probatorios y evidencias debidamente analizadas en el contexto de cada caso específico.

Este proceso se inicia por solicitud de autoridades penales, de tránsito y administrativas, cuando se requiere una prueba idónea para la determinación clínica del estado de embriaguez, el cual se manifiesta por una serie de alteraciones clínicas evidenciables mediante la realización de un cuidadoso examen médico forense.

Igualmente, en los casos penales, a medida que vaya entrando en vigencia el sistema acusatorio en las diferentes partes del país²⁵ y de conformidad con los artículos 267 y 268 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.), puede ser solicitado por quién sea informado o advierta que se adelanta investigación en su contra, o su abogado (examen por peritos particulares, a su costa), o por un imputado o su defensor, acreditando su carácter de tales, mediante constancia de la Fiscalía.

25 Artículo 530 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.).





OBJETIVOS

- Establecer el estado de embriaguez de cualquier etiología, mediante la aplicación sistemática de métodos clínicos.
- Apoyar a las autoridades penales, de policía y administrativas mediante el aporte de un examen idóneo para la determinación del estado de embriaguez.
- Garantizar la documentación adecuada, precisa y clara de la actuación pericial, mediante el registro de los procedimientos efectuados, las observaciones y hallazgos del examen clínico forense y pruebas paraclínicas complementarias, así como la consolidación e interpretación de los resultados considerados en el contexto del caso que se investiga.
- Garantizar la adecuada recolección, manejo, preservación y cadena de custodia de los elementos físicos materia de prueba.

CONDICIONES

- La determinación de embriaguez debe ser solicitada por escrito, conforme con la legislación colombiana pertinente, según el caso ²⁶; en dicha solicitud se debe aportar la información indispensable para orientar la realización del examen y la interpretación de los resultados dentro del contexto del caso específico (tal como el hecho que se investiga, el motivo de la peritación y las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que ocurrieron los hechos, entre otros).
- Se debe garantizar el traslado oportuno (inmediato) de la persona a examinar ante el perito médico, debido a que el resultado del examen se ve sensiblemente alterado con el paso del tiempo. Sin embargo, si sus condiciones de salud requieren un manejo médico de urgencias, debe darse prioridad a esa atención.
- Con base en la información general y particular del caso, es necesario que se evalúe la pertinencia y necesidad del examen frente a posibles vulneraciones de la dignidad humana y los derechos fundamentales del sujeto, teniendo en cuenta lo establecido en los artículos 1 y 248 de la Ley 600 de 2000, y en los artículos 1, 247, 249 y 250 de la Ley 906 de 2004 (Códigos de Procedimiento Penal).
- **Tratándose de casos penales, regidos por el sistema acusatorio (Ley 906 de 2004):**
 - Para la práctica del examen clínico o de las pruebas paraclínicas complementarias (incluyendo toma de muestras biológicas), se requiere el consentimiento libre e informado de la víctima, o de su representante legal si esta fuere menor de edad o incapaz. El consentimiento debe ser escrito y debe ir precedido de una explicación sobre los procedimientos que se van a efectuar y el objetivo de los mismos. En el evento en que la persona por examinar, o





su representante legal, se rehúse a la práctica del estudio, se requiere una orden emitida por un Juez de Control de Garantías para su realización²⁷.

- Si la persona por examinar es un imputado, se requiere autorización previa del Juez de Control de Garantías; igualmente en estos casos se requiere siempre la presencia del defensor del imputado.²⁸
- Todo el que recolecte o tenga contacto con evidencias o muestras, incluyendo al personal de los organismos de salud, debe garantizar el adecuado manejo, preservación y cadena de custodia de tales elementos físicos materia de prueba, conforme a lo establecido en la normatividad al respecto.²⁹

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El proceso cubre las siguientes actividades: recepción de la solicitud; examen clínico-forense; análisis, interpretación y conclusiones del informe clínico forense sobre embriaguez; pruebas paraclínicas complementarias; envío del informe pericial y archivo (ver flujograma de actividades del proceso, pag. 27).

RESPONSABLES

La responsabilidad de las diferentes actividades del proceso, se inicia con el funcionario (secretario, auxiliar, etc.) que recibe el caso, continúa con los peritos médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o profesionales médicos que cumplan funciones periciales y deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez, y finaliza con el funcionario encargado del envío del informe pericial y el archivo de las respectivas copias.

Garantizar la cadena de custodia de los elementos materia de prueba es responsabilidad de todo el personal administrativo, auxiliar y pericial, que haga parte de este proceso.³⁰

DOCUMENTOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESO

1. DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN:

- Solicitud escrita y documentación asociada (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).
- Reportes de resultados de interconsultas a otros servicios o laboratorios forenses.

26 Citada en el Marco Legal de este Reglamento Técnico Forense.

27 Artículo 250 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005

28 Artículos 247 y 249 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005.

29 Artículos 288 de la Ley 600 de 2000; Artículos 254 y 255 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Artículo 13 Resolución No. 01890 de 2002, Fiscalía General de la Nación.

30 Ibid





2. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Recepción del caso (Actividad No. 1).
- Examen clínico-forense (Actividad No. 2)
- Análisis interpretación y conclusiones del informe clínico forense sobre embriaguez (Actividad No. 3).
- Pruebas paraclínicas complementarias (Actividad No. 4).
- Envío del informe pericial y archivo (Actividad No. 5)
- Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica de embriaguez. (Anexo 1)
- Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos (Anexo 2)
- Formato de Consentimiento Informado (Anexo 3)

3. DOCUMENTOS POR GENERAR:

- Registro de radicación del caso (manual o sistematizado).
- Informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.
- Registros de cadena de custodia de los elementos materiales probatorios y evidencia física
- Registro de entrega o planilla de envío del informe pericial al solicitante.




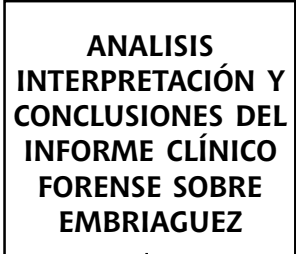
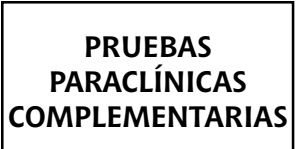



DIAGRAMA DE FLUJO:

No.	ACTIVIDAD	CARGO DEL RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL -DOCUMENTO-
1		Secretaria o auxiliar capacitado, a quién se le haya asignado esta función en el respectivo servicio forense o de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Documentos de sustentación:</u> Solicitud escrita y documentación asociada (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso). • <u>Documentos de referencia:</u> "Recepción del Caso" (Actividad Nro. 1). • <u>Documentos por generar:</u> Registro de radicación del caso (manual o sistematizado). Registro de cadena de custodia (cuando sea pertinente).
2		Peritos médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o profesionales médicos que cumplan funciones periciales y deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Documentos de sustentación:</u> Solicitud escrita y documentación asociada (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso). • <u>Documentos de referencia:</u> "Examen clínico-forense" (Actividad Nro. 2). "Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos" (Anexo 2). "Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez" (Anexo 1). • <u>Documentos por generar:</u> Formato de Consentimiento Informado, cuando sea el caso (Anexo 3). Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (Preámbulo; "Resumen de información disponible" y "Examen clínico").


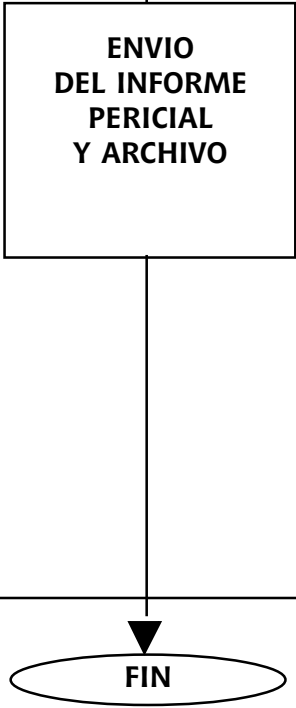





No.	ACTIVIDAD	CARGO DEL RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL -DOCUMENTO-
			
3		<p>Peritos médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o profesionales médicos que cumplan funciones periciales y deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Documentos de sustentación:</u> información consignada en el preámbulo y en los apartes “Resumen de información disponible” y “Examen clínico” del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez. • <u>Documentos de referencia:</u> “Pruebas paraclínicas complementarias” (Actividad Nro. 4). “Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos” (Anexo 2); “Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica de embriaguez” (Anexo 1). • <u>Documentos por generar:</u> Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (“Pruebas paraclínicas”). Registros de cadena de custodia e interconsulta al laboratorio de toxicología.
4		<p>Peritos médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o profesionales médicos que cumplan funciones periciales y deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Documentos a enviar:</u> Informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (y sus anexos, cuando sea del caso). • <u>Documentos por archivar:</u> Solicitud escrita y documentos asociados. Copia del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (y de sus anexos, cuando sea del caso). • <u>Documentos por generar:</u> Registro o planilla de envío del Informe. Registros de cadena de custodia.
			

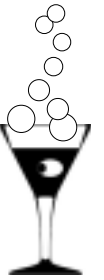




No.	ACTIVIDAD	CARGO DEL RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL -DOCUMENTO-
			
5		<p>Secretaria o auxiliar capacitado, a quién se le haya asignado esta función en el respectivo servicio forense o de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Documentos de sustentación:</u> información consignada en el preámbulo y en los apartes “Resumen de información disponible” y “Examen clínico” del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez. Reportes de resultados de interconsultas a otros servicios o laboratorios. • <u>Documentos de referencia:</u> “Análisis, Interpretación y Conclusiones del Informe Clínico Forense sobre Embriaguez” (Actividad Nro. 3). • <u>Documentos por generar:</u> Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (“Análisis, interpretación y conclusiones”).
			







Actividad Nro. 1

RECEPCIÓN DEL CASO

1.1 OBJETIVOS

- Recibir y radicar adecuadamente la solicitud que sustenta la realización del examen de embriaguez, junto con los demás documentos asociados y elementos materiales probatorios o evidencias físicas remitidos con ésta.
- Orientar y brindar información preliminar a la persona por examinar y a su custodio, proporcionando una atención sustentada en el respeto a la dignidad humana.

1.2 RESPONSABLE

Es responsable de la recepción del caso incluyendo la cadena de custodia, el funcionario capacitado previamente para ello, a quién se le haya asignado esta función en el respectivo servicio forense o de salud.

1.3 CONDICIONES

- 1.3.1.** El primer contacto de la persona remitida para examen con el funcionario de la organización, determina la imagen que se proyecta de la Institución, por lo cual es fundamental que la atención se brinde de manera oportuna y amable.
- 1.3.2.** Se debe suministrar información básica sobre el proceso para la determinación de embriaguez a los usuarios que tengan dudas o inquietudes al respecto, sin entrar en detalles técnicos ni científicos.
- 1.3.3.** La persona responsable de la recepción del caso debe abstenerse de hacer preguntas o comentarios en público acerca de los hechos. De igual manera evitará comunicar al usuario o a sus acompañantes, sus opiniones personales sobre la situación.



- 1.3.4.** En todos los casos se debe recibir una solicitud escrita que sustente la realización del examen de embriaguez. Esta puede ser expedida por una autoridad competente o en los casos penales, a medida que vaya entrando en vigencia el sistema acusatorio en las diferentes partes del país³¹ y de conformidad con los artículos 267 y 268 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.), por quién sea informado o advierta que se adelanta investigación en su contra, o su abogado (examen por peritos particulares, a su costa), o el imputado o su defensor, acreditando su carácter de tales mediante constancia de la Fiscalía.

La solicitud debe contener los datos de la autoridad o solicitante, así como aquellos que permiten su ubicación posterior; la referencia del hecho que se investiga, la fecha y la hora en que ocurrió; el nombre e identificación de la persona a examinar; el motivo del peritaje, la información adicional que sea de importancia conocer para el desarrollo de la prueba de embriaguez y los cuestionarios que deban ser absueltos por el perito³². Dicha solicitud debe estar firmada por quien la emite.

Igualmente en los casos penales, a medida que vaya entrando en vigencia el sistema acusatorio para efectuar el examen clínico y/o tomar muestras de un imputado se requiere autorización previa del Juez de Control de Garantías y la presencia del defensor³³.

- 1.3.5.** Si junto con la solicitud se remite evidencia física anexa, ésta debe enviarse adecuadamente embalada, preservada, rotulada, y acompañada por el respectivo Formato de Cadena de Custodia diligenciado de conformidad con la reglamentación vigente sobre cadena de custodia³⁴; esto incluye el registro del funcionario judicial, estafeta o persona que hace la entrega física y real del elemento al encargado de la recepción del caso, en el servicio forense o de salud respectivo.

1.4 DESCRIPCIÓN

La actividad de recepción del caso incluye la ejecución de los siguientes procedimientos:

- 1.4.1** Saludar; presentarse informando nombre y cargo; suministrar información básica de orientación a la persona remitida para examen, al igual que al funcionario custodio.
- 1.4.2** Recibir la solicitud del examen, expedida según lo mencionado en el numeral 1.3.4, así como los documentos asociados, verificando la concordancia entre lo anunciado en dicha solicitud y la documentación anexa recibida.
- 1.4.3** Solicitar el documento de identidad de la persona a examinar, con el fin de constatar que corresponda al citado en el oficio petitorio; si esta no porta su documento de identidad, al momento de radicar el caso se debe registrar como indocumentada.

31 Artículo 530 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.).

32 Artículo 252 de la Ley 600 de 2000 (C.P.P.); Artículo 269 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.)

33 Artículos 247 y 249 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005

34 Resoluciones 01890 de 2002 y 0-6394 del 22 de 2004, Fiscalía General de la Nación.





Es de anotar, que los peritos médicos que realicen el examen clínico y/o paraclínico para determinar embriaguez, deben tomar directamente en todos los casos la huella dactilar del examinado (ver numeral 2.4.5).

1.4.4 Radicar el caso; asignar el respectivo número de radicación consecutivo y registrar la información relativa a la solicitud y a la persona enviada para el examen, en el medio de soporte previsto para tal fin: base de datos, formato impreso, libro de control de recepción de solicitudes, según la situación.

1.4.5 MANEJO DE ELEMENTOS FÍSICOS DE PRUEBA ENVIADOS JUNTO CON LA SOLICITUD: cuando en la solicitud del examen de embriaguez, se anuncie el envío de muestras o evidencias físicas anexas, el responsable de la recepción del caso también debe recibirlas y proceder de la siguiente manera:

- Verificar la concordancia entre lo anunciado en la solicitud, lo previamente registrado en el formato de cadena de custodia anexo al elemento y lo recibido, sin desempacar los elementos de su embalaje original, ni levantar las cintas ni sellos de seguridad.

Igualmente, revisar las características del embalaje (tipo y material), condiciones (cerrado, abierto, seco, mojado, etc.) y estado de integridad de los empaques, cintas y sellos de seguridad que protegen la evidencia física, los cuales no deben presentar cortes o alteraciones; verificar que el rótulo no presente tachones o enmendaduras.

Si se detectan alteraciones en el embalaje, sellos o rótulos, o se presenta alguna inconsistencia entre lo recibido y lo descrito en los apartes pertinentes del respectivo formato de cadena de custodia, se deben documentar en lo posible por medio de fotografía e informar inmediatamente a la autoridad competente y al jefe inmediato; además se dejará la constancia correspondiente en el espacio “Observaciones” del formato (anotación que se debe hacer en presencia de quien entrega y avala dicho registro con su firma), de conformidad con lo establecido el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia.^{35,36}

- Registrar el traspaso, diligenciando las casillas correspondientes del aparte **“Registro de Continuidad de los Elementos Físicos de Prueba”** del formato **“REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA”**, así:
 - **Fecha:** Día /mes /año en los que se recibe el elemento materia de prueba o evidencia física.
 - **Hora:** utilizando el formato militar, anotar la hora a la cual se recibe el elemento o evidencia física,. Por ejemplo: “17:00”, “20:45”, etc.

35 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución No. 0-2869 de 2003 de la Fiscalía General de la Nación) ; “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio” (Resoluciones 0-6394 de 2004 y 0.2770 de 2005 de la Fiscalía General de la Nación).

36 Instructivo Formato Registro de Cadena de Custodia. En “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución 0-6394 de 2004, Fiscalía General de la Nación).





- **Nombres y apellidos:** de quien recibe el elemento materia de prueba o evidencia física.
- **Número de Cédula:** de quien recibe el elemento físico de prueba.
- **Nombre de la entidad:** a la cual pertenece quien recibe el elemento materia de prueba o evidencia física.
- **Calidad en la que actúa:** quien recibe el elemento físico de prueba. Por ejemplo: *secretaria, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, etc.*
- **Propósito del traspaso:** según lo anotado en la solicitud correspondiente. Por ejemplo: *“para estudio”, “para análisis”, “para almacenamiento”, etc.*
- **Observaciones:** quien recibe debe registrar en este espacio las anotaciones a que haya lugar sobre las condiciones del empaque, los rótulos y las cintas y sellos de seguridad, especialmente las correspondientes a alteraciones o inconsistencias que se detecten; ésta anotación la debe hacer en presencia de quien le entrega y avala el registro con su firma³⁷.

Por ejemplo: *La cinta de seguridad que cierra la bolsa está parcialmente desprendida; Se recibe el elemento embalado en un sobre de papel manila, lo cual no coincide con el tipo de embalaje descrito (bolsa plástica).*

- **Firma** de quien recibe la evidencia y asume la custodia.

1.4.6 Dirigir a la persona a examinar hacia el lugar donde se va a realizar el examen médico e indicarle donde esperar mientras le solicitan su ingreso.

- Entregar la solicitud y los documentos anexos (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso), al médico que va a realizar el examen médico-legal.

1.4.7 ENTREGA DE LOS ELEMENTOS MATERIALES DE PRUEBA O EVIDENCIA FÍSICA RECIBIDA, AL MÉDICO PERITO Y TRASPASO DE LA CUSTODIA:

El responsable de la recepción del caso entregará directamente al médico que va a realizar el examen médico-legal, las evidencias remitidas por la autoridad, verificando que quien las recibe deje la constancia del traspaso en el respectivo registro de cadena de custodia, siguiendo los lineamientos ya mencionados.



1.5 DOCUMENTOS

1.5.1 DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN:

- Solicitud escrita del examen de embriaguez y documentos asociados (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).

1.5.2 DOCUMENTOS POR GENERAR:

- Registro de radicación del caso (manual o sistematizado).
- Registro de cadena de custodia, cuando sea del caso.





Actividad No. 2

EXAMEN CLÍNICO-FORENSE

2.1 OBJETIVOS

- Realizar el examen médico en un ambiente adecuado que facilite la toma de información y sin vulnerar la dignidad humana de la persona examinada.
- Obtener información sobre los antecedentes médicos, ingesta de medicamentos y otros fármacos, para orientar el examen y facilitar la interpretación de los hallazgos clínicos.
- Establecer y documentar la presencia o ausencia de signos clínicos de importancia al examen, así como de cambios psicológicos, comportamentales, desadaptativos, clínicamente significativos.

2.2 RESPONSABLES

Son responsables de la realización del examen los peritos médico-forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y todos aquellos profesionales médicos que en Colombia, deban realizar un examen clínico forense para determinar embriaguez y rendir el respectivo informe pericial en los casos señalados por la Ley.

2.3 CONDICIONES

- 2.3.1** La determinación clínica de la embriaguez requiere el conocimiento teórico sobre el tema y el entrenamiento específico del médico que la realiza.
- 2.3.2** Si las condiciones de salud del examinado requieren un manejo médico de urgencias, debe darse prioridad a esa atención.





- 2.3.3** La determinación clínica de embriaguez procede por solicitud directa, o por criterio del médico perito en aquellos casos en los cuales durante la práctica de otra prueba (P.ej: lesiones personales, delitos sexuales), los hallazgos lo ameriten.
- 2.3.4** La pertinencia del examen clínico para determinar embriaguez está sujeta al tiempo transcurrido desde que ocurrieron los hechos; por lo tanto se debe considerar este aspecto antes de iniciar la realización de la prueba. En términos generales, después de 4-6 horas se debe evaluar la utilidad de realizar examen clínico y/o efectuar pruebas paraclínicas, a criterio del médico y dentro del contexto del caso específico (ver Actividad 4).
- 2.3.5** La conducta y actitud del médico que realiza el examen en todo momento debe estar sustentada en el respeto a la dignidad de la persona humana.
- 2.3.6** Tratándose de casos penales regidos por el sistema acusatorio (Ley 906 de 2004), si la persona por examinar es el imputado, es indispensable la autorización previa del Juez de Control de Garantías para realizar el examen y/o toma de muestras; igualmente en estos casos, se requiere siempre la presencia del defensor del imputado.³⁸
- 2.3.7** El examen médico legal para determinar embriaguez se debe realizar en un área que garantice la privacidad, provista de buena iluminación y ventilación, y suficientemente amplia para efectuar las pruebas de marcha, equilibrio y coordinación.
- 2.3.8** El área para el examen debe estar dotada de los elementos básicos para su realización como: elementos para toma de huellas dactilares, equipo médico básico (tensiómetro, fonendoscopio, termómetro, linterna, martillo de reflejos, etc), así como del instrumental, recipientes y accesorios necesarios para la recolección de muestras para estudios paraclínicos, cuando sea el caso.

2.4 DESCRIPCIÓN

La actividad del examen clínico para determinar embriaguez incluye la ejecución de los siguientes procedimientos, a saber:

- 2.4.1** Recibir de quien realizó la recepción del caso, la solicitud de la prueba y los documentos asociados y conocer su contenido.

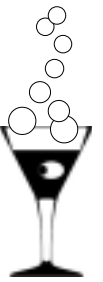
MANEJO DE ELEMENTOS FÍSICOS DE PRUEBA ENVIADOS JUNTO CON LA SOLICITUD:

cuando se hayan remitido elementos físicos de prueba, el perito médico debe recibirlos de quien realizó la recepción del caso y proceder de la siguiente manera:

- Sin desempacar los elementos de su embalaje original, ni levantar las cintas ni sellos de seguridad, verificar su concordancia con lo anotado en el registro de cadena de custodia por el último custodio.

38 Artículos 247 y 249 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005.





Igualmente, revisar las características del embalaje (tipo y material), condiciones (cerrado, abierto, seco, mojado, etc.) y estado de integridad de los empaques, cintas y sellos de seguridad que protegen la evidencia física, los cuales no deben presentar cortes o alteraciones; verificar que el rótulo no presente tachones o enmendaduras.

Si se detectan alteraciones en el embalaje, sellos o rótulos, o se presenta alguna inconsistencia entre lo recibido y lo descrito en los apartes pertinentes del respectivo formato de cadena de custodia, se deben documentar en lo posible por medio de fotografía e informar inmediatamente a la autoridad competente y al jefe inmediato; además se dejará la constancia correspondiente en el espacio “Observaciones” del formato (anotación que se debe hacer en presencia de quien entrega y avala dicho registro con su firma), de conformidad con lo establecido el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia^{39,40}

- Registrar el traspaso de la custodia del elemento, en las casillas correspondientes del aparte **“II. Registro de Continuidad de los Elementos Físicos de Prueba”** del formato **“REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA”**, tal como se explicó en el numeral 1.4.4 (ver página 24).

- 2.4.2** Hacer seguir a la persona por examinar al lugar donde se realizará la prueba; saludarlo y presentarse informando el nombre y apellido del médico; observar desde su ingreso la apariencia, actitud, conducta y movimientos de la persona, como parte del examen.
- 2.4.3** Verificar su identidad, corroborando los datos registrados en el documento con los datos aportados por ésta. En caso de ser indocumentada hacer el registro correspondiente en el informe pericial.
- 2.4.4** En todos los casos tomar la huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar derecho, en un extremo libre de la solicitud escrita. De no ser posible tomar reseña monodactilar de la mano derecha, tómelala de la izquierda, haciendo la anotación correspondiente.
- 2.4.5** Explicarle a la persona a examinar en qué consiste el examen y cuáles son sus objetivos, resolviendo cualquier inquietud que pueda surgirle. En el evento en que se rehúse, se dejará constancia escrita, avalada con la firma de la persona remitida para el examen o de su custodio, y se le informará de inmediato a la autoridad.

Tratándose de casos penales, regidos por el sistema acusatorio (Ley 906 de 2004, C.P.P.):

- Documentar por escrito el consentimiento libre e informado para la realización del examen clínico y de las pruebas paraclínicas complementarias (incluyendo la toma de mues-

39 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución No. 0-2869 de 2003 de la Fiscalía General de la Nación); “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio” (Resoluciones 0-6394 de 2004 y 0.2770 de 2005 de la Fiscalía General de la Nación).

40 Instructivo Formato Registro de Cadena de Custodia. En “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución 0-6394 del 22 de 2004, Fiscalía General de la Nación).



tras biológicas), por parte de la víctima o su representante legal, según el caso. Para ello se puede utilizar el Formato de Consentimiento Informado que se incluye en el Anexo 3.

- En el evento en que la persona por examinar, o su representante legal, se rehúse a la práctica del estudio se le informará de inmediato a la autoridad, pues se requiere una orden emitida por un Juez de Control de Garantías para su realización⁴¹.

2.4.6 ENTREVISTA

La entrevista inicial de la persona por examinar permite obtener información sobre las condiciones y circunstancias que rodearon y generaron la solicitud del examen de embriaguez, así como sobre los antecedentes médicos, psiquiátricos, farmacológicos y toxicológicos, de importancia para orientar el procedimiento y la interpretación de los resultados. A su vez, hace posible ir explorando algunos aspectos del área neurológica y mental del individuo.

- 2.4.6.1** Iniciar la entrevista solicitando al individuo que haga un breve relato de los hechos por los cuales se ordenó el examen de embriaguez; averiguar si durante el suceso sufrió algún tipo de trauma físico o si presenta algún síntoma como: insomnio, hipersomnia, disforia, escalofríos, cefalea, diplopía, palpitaciones, aumento o disminución del apetito, polidipsia, hipo, dolor abdominal, mareo, náuseas, vómito, retención urinaria, aumento de diuresis, entre otros. En caso de ser así, se deben registrar y tener en cuenta durante la realización del examen, así como en el análisis e interpretación de los hallazgos.

Igualmente, preguntar sobre las actividades desarrolladas por él durante las horas inmediatamente anteriores a tales hechos; entre otros, es importante conocer si estuvo sometido a un periodo prolongado de vigilia previamente.

No haga suposiciones acerca de lo expresado por el entrevistado. Asegúrese de la concordancia entre lo que entiende y lo expresado por éste, solicitando las aclaraciones que considere pertinentes.

- 2.4.6.2** Preguntar sobre los antecedentes médicos, especialmente los relacionados con trastornos que comprometan el equilibrio, la sensopercepción, la coordinación motora, la convergencia ocular o produzcan otros signos clínicos que deban ser considerados en el diagnóstico diferencial de la embriaguez.
- 2.4.6.3** Averiguar si se le ha prescrito o toma algún medicamento, tal como insulina, hipoglucemiantes, antiepilépticos, antivertiginosos, antihistamínicos, y otros que deban ser considerados en la interpretación de los hallazgos del examen.
- 2.4.6.4** Preguntar si ha recibido tratamiento psiquiátrico ambulatorio o intrahospitalario y por qué. Además si en la última semana ha recibido medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, sedantes o hipnóticos que deban ser considerados en la interpretación de los hallazgos del examen.

41 Artículo 250 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005





2.4.6.5 Averiguar si en la última semana ha consumido cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, bazuco, hongos, heroína, éxtasis y otras drogas de diseño (“pepas” o “pastas”). En caso afirmativo, especificar cual y cuando fue el último consumo. Adviértale previamente que esta información facilita diferenciar un consumo anterior no relacionado con los hechos investigados.

2.4.7 Registrar en el informe pericial la información obtenida en la entrevista, teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- Preámbulo:

En el preámbulo del informe se debe incluir el membrete o nombre de la institución forense o servicio de salud donde se realiza el examen clínico de embriaguez; la fecha; el No. de Radicación del caso; el destinatario (solicitante, dirección, ciudad); las referencias tomadas de la solicitud (No. de la solicitud y hecho que se investiga –si se conocen-); el nombre completo e identificación de la persona por examinar; la fecha y hora de ocurrencia de los hechos que se investigan; la fecha y hora del examen.

Si se trata del imputado dentro de una investigación o proceso penal, se registrarán también los datos del defensor presente.

- Resumen de información disponible:

A) Relato de los hechos: deben consignarse los apartes pertinentes del relato textualmente y entre comillas; no obstante, el examinador puede insertar entre paréntesis, sus observaciones sobre las reacciones y el lenguaje no verbal del examinado, asociadas a ciertos apartes del relato.

B) Información adicional al comenzar el examen: no es suficiente la enumeración de los documentos disponibles. Se debe consignar un resumen de la información útil obtenida mediante el estudio de la solicitud y demás documentos asociados, registrando la fuente (Ej. copia de la historia clínica), transcribiendo entre comillas los apartes que considere pertinente citar literalmente.

Si la autoridad no envía ninguna documentación anexa a la solicitud, se recomienda dejar la respectiva constancia.

C) Antecedentes: se deben registrar los antecedentes médicos, psiquiátricos, farmacológicos y toxicológicos, que el examinador ha considerado de importancia para orientar el procedimiento y la interpretación de los resultados.

En el Anexo 1, se presenta un “Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez”, del Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, el cual es de utilidad no solo para la revisión sistemática y completa del caso, sino también para orientar la elaboración del informe pericial. Los servicios de salud pueden utilizar dicho formato adaptando el membrete a la respectiva institución.





2.4.8 EXAMEN CLÍNICO

2.4.8.1 Presentación porte y actitud del examinado

Observar y registrar:

- ✓ Cómo ingresa el examinado al consultorio, especificando si deambula por sus propios medios o requiere de ayuda de terceros para hacerlo.
- ✓ Presentación personal: ¿Es apropiada la vestimenta para la temperatura ambiente o sugiere alteraciones en la temperatura corporal?, ¿está en orden o desarreglada?. Enfatizar si hay manchas que sugieran que el examinado ha vomitado o derramado algo sobre sus vestimentas. Si bien es poco común, es importante anotar si el examinado porta algún tipo de sustancias que produzcan embriaguez o elementos para su consumo.
- ✓ Observar, y si es del caso describir, la actitud que muestra el examinado ante el examinador y ante la prueba, especificando si es suspicaz, de grandiosidad, temerosa, de burla, pueril, de agresividad, querulante, si hay aumento de la sociabilidad, conducta sexual desinhibida, etc
- ✓ En caso de que el examinado presente cualquier tipo de discapacidad o limitación física o sensorial, se debe igualmente registrar lo pertinente.

2.4.8.2 Conducta motriz

- ✓ Describir peculiaridades de la conducta motriz en general como la deambulación y la postura.
- ✓ Anotar si existe hipoactividad o hiperactividad motriz; aclarar si hay movimientos anormales característicos del consumo de determinadas sustancias y/o de patologías neurológicas, tales como inquietud, acatisia, marcha tambaleante, marcha atáxica, temblores, movimientos orofaciales que se asemejen a trismus (bruxismo o apretamiento de las mandíbulas, rechinar de dientes), tics, distonías y estereotipias, u otros. Evaluar y registrar si observa hipotonía – hipertonia.
- ✓ Observar la destreza simple mientras el examinado realiza ciertas acciones menores tales como sacar el documento de identidad de la billetera, desabrocharse los botones, levantar pequeños objetos, etc.

2.4.8.3 Tomar los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura corporal). Además, cuando sea posible, es deseable registrar la talla y el peso del examinado, y examinar los reflejos osteotendinosos (por lo menos el rotuliano).

2.4.8.4 Observar detalladamente el aspecto de la piel y mucosas, evaluando la presencia o ausencia de: vasodilatación (rubor); vasoconstricción (palidez mucocutánea); piel caliente, fría, sudorosa; mucosas secas; sialorrea; rinorrea; etc. Anotar la presencia o ausencia de huellas de venopunción o alteraciones cutáneas relacionadas con éstas en antebrazos (por ejemplo, abscesos, flebitis, celulitis).





2.4.8.5 Resaltar si existe algún de olor asociado o inusual que llame la atención tal como:

- ✓ Aliento alcohólico.⁴²
- ✓ Olor a tabaco, enjuagues o aerosoles bucales, chicles, mentol, cardamomo, colonias y perfumes, gasolina, varsol, thinner, pegantes, inhalantes, olor dulzón que haga sospechar el uso de marihuana, etc.
- ✓ Olor a sudor, vómito, etc

2.4.8.6 Sensorio

- ✓ Conciencia: precisar el estado de conciencia del examinado, especificando si está alerta, hiperalerta, somnoliento o presenta una alteración más profunda (confusión, obnubilación, estupor o coma).
- ✓ Orientación: determinar si el examinado se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona.
- ✓ Atención: registrar si es normal (euprosexia), si está aumentada (tenacidad-hiperprosexia), disminuida (distractibilidad-hipoprosexia) o dispersa (disprosexia).
- ✓ Memoria: explorar alteraciones gruesas de la memoria tales como amnesias o dificultades en la evocación de datos significativos.

2.4.8.7 Afecto

- ✓ Describir si el afecto es modulado o no; es decir, clarificar si hay expresión afectiva, especificando si está aumentada, disminuida o normal.
- ✓ Evaluar si el afecto es apropiado o inapropiado, lo que corresponde a que exista congruencia entre las ideas y la expresión del afecto o no. Por ejemplo, el afecto es congruente cuando la persona tiene un pensamiento minusválido y expresa un afecto triste.
- ✓ Describir si el afecto es adecuado o inadecuado para las circunstancias. Por ejemplo, sería inadecuado tener un afecto exaltado con risas y burlas ante la formalidad que exige un examen médico.
- ✓ Describir cualitativamente el tipo de afecto que expresa el examinado; por ejemplo, eutímico, triste, alegre, eufórico, exaltado, irritable, ansioso, temeroso o en pánico, perplejo, ausente, etc.

42 Una de las maneras de evaluar el aliento es colocar la mano del examinador a 10 o 15 cm de distancia de la boca del examinado y solicitarle que sople sobre ella.



2.4.8.8 Lenguaje

- ✓ Evaluar el flujo del lenguaje consignando si está aumentado (taquilalia o logorrea) o disminuido (bradilalia).
- ✓ Describir si hay una alteración en la articulación del lenguaje tipo disartria.
- ✓ Registrar peculiaridades cualitativas en el lenguaje tales como mutismo, soliloquios, neologismos o coprolalia.

2.4.8.9 Pensamiento

- ✓ Describir la forma u origen (lógico o ilógico).
- ✓ Anotar las alteraciones en el curso del pensamiento, Vg. bloqueos, fuga de ideas, bradipsiquia, taquipsiquia, retardo, prolijidad, perseveración, disgregación o incoherencia.
- ✓ Indicar la presencia de alteraciones del contenido del pensamiento tales como ideación delirante megalomaniaca, persecutoria, celotípica, nihilista (negación de órganos), dismórfica (transformación corporal), o dermatozoica (creencia irracional de tener la piel infestada por animales).

2.4.8.10 Sensopercepción

- ✓ Describir si el examinado presenta alteraciones cualitativas de la sensopercepción de tipo visual, auditivo o táctil (alucinaciones, ilusiones); en todos los casos anotar textualmente lo referido por éste.

2.4.8.11 Inteligencia

- ✓ Sí se encuentra evidencia de discapacidad mental en el examinado, dejar la respectiva constancia.

2.4.8.12 Juicio y raciocinio

- ✓ Especificar si existe alguna alteración evidente que comprometa el juicio de realidad; es decir, que interfiera con la capacidad de discriminar entre la realidad y la fantasía.

2.4.8.13 Introspección

- ✓ Escribir si el examinado tiene crítica de su estado de embriaguez (por ejemplo, admite que consumió determinada sustancia y dice la cantidad).





2.4.8.14 Examinar los ojos determinando la presencia de:

- ✓ Congestión conjuntival.
- ✓ Midriasis, miosis.
- ✓ Alteraciones en el reflejo fotomotor.
- ✓ Alteraciones en la convergencia ocular, para lo cual se pide al examinado que fije la mirada y siga un objeto que se le coloca al frente, aproximadamente a 20 cm de los ojos, el cual se le acerca lentamente hasta alcanzar la proximidad de la nariz. Normalmente debe haber convergencia.

2.4.8.15 Evaluar la coordinación motora fina mediante pruebas tales como:

- ✓ Pruebas de movimiento punto a punto, las cuales permiten determinar la presencia de disimetría (tenga en cuenta la dominancia hemisférica). Siempre demuéstrela al examinado como se hacen y asegúrese que entendió.
 - Dedo-nariz: Solicite al examinado que con el dedo índice extendido se toque la nariz; luego que toque la punta del dedo índice del examinador colocado frente a él; pídale que repita ese movimiento varias veces. Luego indíquele que continúe haciéndolo, pero con los ojos cerrados. Normalmente la precisión en el movimiento persiste.⁴³
 - Otra prueba consiste en solicitar al examinado que, sin mirar, lleve los brazos rectos hacia los lados y luego hacia arriba hasta que las dos puntas de sus dedos índices se toquen por encima de la cabeza.
- ✓ Test de movimientos rápidos alternos (permite determinar la presencia de adiadococinesia): Pídale al examinado que realice movimientos alternos rápidos de supinación y pronación de una mano sobre la palma de la otra durante 10 segundos. Registre si presenta dificultad para realizar estos movimientos.

2.4.8.16 Realizar pruebas de equilibrio y coordinación gruesa, demostrando previamente como se hacen y asegurándose que el examinado entendió:

- ✓ Evaluar el polígono de sustentación mediante pruebas específicas que permiten determinar la presencia de alteraciones de la sensibilidad propioceptiva, entre otras:

Romberg: Solicitar al examinado que se ponga de pie, con los talones y las puntas de los pies juntos y los brazos a lo largo del cuerpo, y pedirle que cierre los ojos; otra forma de evaluarlo consiste en solicitarle que en esa posición levante y mantenga los miembros superiores extendidos hacia adelante.

43 Rusell, S. , Triola, M. "The Precise Neurological Exam, Lesson. VII. Coordination, Gait and Rhomberg Test" NYU School of Medicine, Department of Neurosurgery. <http://endeavor.med.nyu.edu/neurosurgery/coordination.html> (julio 26 de 2003)





Observar si se presentan oscilaciones y tendencia a latero o retropulsión en el examinado, caso en el cual la prueba es positiva.

✓ Pruebas para evaluación de la marcha:

- Marcha en Tamden (punta-talón): solicitarle al examinado que camine, por lo menos dos metros en línea recta, mirando al frente y colocando a cada paso el talón de un pie tocando la punta del otro pie.
- Marcha en las puntas de los pies y en los talones: solicitarle al examinado que camine, por lo menos dos metros en línea recta, en las puntas de los pies y luego que repita caminando sobre los talones.

Observar y registrar cualquier alteración.

2.4.8.17 Evaluar el Nistagmus:

- ✓ **Nistagmus espontáneo:** El alcohol en un nivel alto y algunas sustancias farmacológicamente activas pueden desencadenar el nistagmus espontáneo. En caso de encontrarlo, regístrelo y descríballo indicando si es horizontal o vertical, y si es leve o evidente.

No debe considerarse como nistagmus, una ligera movilidad de los ojos en los sujetos explorados, la cual se atribuye a la falta de atención, así como una serie de sacudidas que se producen cuando se hacen esfuerzos infructuosos para contraer un músculo ocular parético (movimientos nistagmoideos).

- ✓ **Nistagmus a mirada extrema:** solicite al examinado que fije la mirada en un objeto o luz que usted sostiene frente a él, a la altura de los ojos; luego pídale que, sin mover la cabeza, siga el objeto con la mirada mientras usted lo desplaza lentamente de izquierda a derecha, varias veces, deteniéndolo brevemente en las posiciones extremas. Asegúrese de producir el máximo desplazamiento del globo ocular en cada uno de estos movimientos. Observe si aparece el nistagmus, el cual se clasifica y documenta en el reporte pericial como ausente, presente leve o presente evidente.
- ✓ **Nistagmus posrotacional:** hacer rotar al examinado sobre su propio eje, dando cinco vueltas en 10 segundos, para que al detenerse fije su mirada en un objeto colocado a 20 centímetros de su nariz⁴⁴. Observe y registre si el examinado presenta nistagmus horizontal que se clasifica y documenta en el reporte pericial como ausente, presente leve o presente evidente.

44 Sánchez M.D., Mora R. “Actualización del dictamen medico forense por embriaguez” En: Revista Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia, Vol. VIII, Números 1y 2, Años 11-12 y 13- 1986/87/88, Bogotá.





- 2.4.9.** Registrar y documentar los hallazgos del examen clínico, teniendo en cuenta que se deben consignar tanto los positivos, como los negativos, que permitan fundamentar o descartar un diagnóstico de embriaguez, orientar su etiología, sustentar la necesidad de tomar muestras cuando sea del caso, y hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías si es pertinente.

En el Anexo 1, se presenta un “Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez”, el cual es de utilidad no solo para la revisión sistemática y completa del caso, sino también para orientar la elaboración del respectivo informe.

- 2.4.10** Si el perito detecta lesiones al examen clínico, igualmente debe registrarlas en el informe pericial y pronunciarse sobre el mecanismo causal, la incapacidad médicolegal y las secuelas, siguiendo los parámetros establecidos para el manejo de “Lesiones Personales.”

2.5 DOCUMENTOS

2.5.1 DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN

- Solicitud escrita y documentos asociados (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).

2.5.2 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Examen clínico-forense (Actividad No. 2).
- Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (anexo 1).

2.5.3 DOCUMENTOS POR GENERAR

- Formato de Consentimiento Informado, cuando sea el caso (Anexo 3).
- Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.
- Registros de cadena de custodia.





Actividad No. 3

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES DEL INFORME CLÍNICO FORENSE SOBRE EMBRIAGUEZ

3.1 OBJETIVOS

- Integrar la información suministrada por la autoridad y la obtenida en la entrevista, el examen clínico y las pruebas de laboratorio, cuando sea del caso, para aportar una prueba pericial sobre estado de embriaguez, confiable, útil y conducente en la investigación.
- Fundamentar una conclusión integrada y dentro de contexto del caso específico que se investiga.

3.2 RESPONSABLE

Es responsable del análisis, la interpretación y las conclusiones el mismo perito médico que realizó el examen clínico de embriaguez, siguiendo los lineamientos establecidos en este reglamento técnico.

3.3 CONDICIONES

3.3.1. Los peritos deben abstenerse de emitir cualquier juicio de responsabilidad penal.⁴⁵

3.3.2. El médico debe estar capacitado para el reconocimiento y valoración de los hallazgos clíni-

⁴⁵ Artículo 251 del Código de Procedimiento Penal (Ley 600 de 2000).





cos con el fin de poder interpretarlos en conjunto y concluir sobre el estado de embriaguez y su etiología.

- 3.3.3.** El perito debe formular las recomendaciones y hacer los comentarios que en su criterio profesional sean pertinentes y conducentes para aclarar los hechos motivo de la investigación y asegurar el manejo médico de urgencia del examinado (cuando sea del caso), teniendo en cuenta la obligación ética que le asiste de acercar a la autoridad a la verdad.
- 3.3.4.** El perito debe analizar e interpretar los hallazgos del examen, y de las pruebas paraclínicas, dentro del contexto del caso específico, el cual está enmarcado por la información disponible en los documentos enviados por la autoridad (solicitud, historia clínica).
- 3.3.5.** La conclusión sobre el estado de embriaguez debe estar sustentada en los hallazgos del examen clínico, en el contexto del caso específico que se investiga; en aquellos casos en los cuales se decide realizar exámenes paraclínicos para dictaminar sobre su etiología o aclarar una sospecha clínica de embriaguez, se debe emitir un informe preliminar con los hallazgos clínicos, señalando que posteriormente se complementará el informe con los resultados de las pruebas paraclínicas correspondientes.
- 3.3.6.** El complemento del informe pericial con la integración de los resultados de las pruebas paraclínicas, debe ser elaborado en lo posible, por el mismo médico perito que realizó el examen clínico. En su defecto podrá ser efectuado, con base en el informe pericial inicial, por otro perito médico debidamente autorizado, que cuente con el conocimiento teórico y el entrenamiento específico requerido sobre el tema. No es suficiente como complemento del informe el sólo envío de los reportes de laboratorio sin el análisis e interpretación correspondientes.

3.4. DESCRIPCIÓN

La embriaguez es un síndrome, por lo tanto su diagnóstico se fundamenta en hallazgos clínicos que pueden ser detectados por el médico al momento del examen.

Existen signos y síntomas que permiten sospechar o establecer la presencia de un cuadro clínico general de embriaguez. A su vez, la combinación de algunos de estos signos y síntomas en particular, conforman cuadros específicos que orientan sobre la etiología, lo cual puede complementarse con los resultados de pruebas paraclínicas, particularmente cuando la embriaguez no es de origen alcohólico.

Las sustancias farmacológicamente activas de interés forense para el diagnóstico de embriaguez, tienen efectos sobre el sistema nervioso central que se manifiestan en cambios actitudinales, del comportamiento, de las habilidades y con alteraciones neurológicas de las personas. Estos cambios deben ser identificados conforme al cuadro característico que produce cada uno de los grupos de sustancias (depressoras, estimulantes, alucinógenas y de efectos mixtos) e interpretados en el contexto del caso específico.

Algunos criterios comunes para la determinación genérica de la embriaguez y otros particulares para cada grupo de sustancias, así como los efectos producidos por el consumo simultáneo de diversas sustancias, se resumen a continuación para tenerlos en cuenta al hacer el diagnóstico de la embriaguez y su etiología:





- 3.4.1** Registrar en el aparte correspondiente del informe pericial , una breve síntesis sobre los aspectos relevantes, positivos y negativos, de la información obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico. Para ello se pueden retomar algunos fragmentos pertinentes de la información ya consignada en el resto del informe pericial, evitando transcribirlos nuevamente en su totalidad.
- 3.4.2** Al hacer el análisis, tenga en cuenta el objetivo de la determinación de embriaguez en el contexto de la investigación que se adelanta (de policía; penal: delito sexual, lesiones personales, violencia intrafamiliar, homicidio, hurto, porte ilegal de armas; laboral; disciplinario; civil; tránsito y transporte; etc.). Igualmente, tenga en cuenta si la persona que está examinando es la presunta víctima o el presunto victimario; o si es un peatón o un conductor.
- Lo anterior contribuye a orientar el diagnóstico de la etiología de la embriaguez hacia las sustancias más comúnmente usadas en cada una de estas circunstancias, conforme a los patrones particulares en cada tiempo y lugar (por ejemplo, actualmente en Bogotá: lorazepam en víctimas de delitos sexuales y de hurto; alcohol y estupefacientes en conductores y peatones; alcohol en violencia intrafamiliar, entre otros).
- 3.4.3** En todos los casos tenga en cuenta el tiempo transcurrido desde los hechos hasta el momento del examen, el cual incide en la interpretación de los resultados e inclusive en algunas ocasiones determina la pertinencia del examen clínico y la toma de muestras; de no ser así, debe consignarse esto en el informe pericial. En términos generales, a criterio del médico y dentro del contexto del caso específico, después de 4-6 horas no es recomendable realizar examen clínico; sin embargo, se deben efectuar pruebas paraclínicas (ver actividad 4).”
- 3.4.4** Si el examinado tuvo atención médica previa, considere los procedimientos médicos realizados que puedan incidir en la interpretación de los resultados (suministro de sustancias farmacológicamente activas, líquidos endovenosos, etc.)

Examen de Pacientes Hospitalizados

Considere los procedimientos médicos realizados que puedan incidir en la interpretación de los resultados (suministro de sustancias psicofármacos o líquidos endovenosos; si hay historia de trauma craneoencefálico o de enfermedad metabólica cuyos signos puedan ser equívocos con los de embriaguez).

Revise igualmente en la historia la presencia de signos de embriaguez y si se tomaron muestras para investigar sustancias de interés forense en el diagnóstico de embriaguez. Si es procedente la toma de muestras por parte del perito, se debe informar previamente al personal del respectivo servicio de salud.

Adicionalmente, en todos los casos, registrar en la Historia Clínica correspondiente, una nota de constancia de la realización de la valoración forense, así como de la toma de muestras para análisis de laboratorio.





3.4.5 INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Correlacione los antecedentes positivos médicos, mentales, neurológicos, toxicológicos y traumáticos de la persona examinada, con los hallazgos del examen médico; pregúntese si tales hallazgos son explicables por dichos antecedentes, e igualmente si el cuadro clínico es claramente diferenciable de aquel producido por embriaguez. De ser así explíquelo en el aparte “ análisis, interpretación y conclusiones” del informe pericial.

La referencia en la entrevista de síntomas tales como mareo, visión borrosa, náuseas, entre otros, es común en la mayoría de los cuadros de embriaguez. El insomnio, las palpitaciones, la polidipsia y la disminución del apetito, orientan hacia una embriaguez por sustancias estimulantes; la hipersomnia y la diplopía, hacia una etiología por sustancias depresoras. Otros síntomas como disforia, escalofríos, cefalea, hipo, entre otros, son inespecíficos.

3.4.6 HALLAZGOS DEL EXAMEN CLÍNICO

3.4.6.1 La sola observación cuidadosa del examinado a su ingreso, incluso sin haber realizado ninguna otra prueba clínica, orienta sobre el estado de embriaguez y su posible etiología.

Por ejemplo si el individuo requiere de la ayuda de un tercero para deambular, esto sugiere un trastorno en su equilibrio y puede hacer pensar en el consumo de sustancias depresoras. La hiperactividad psicomotora, orienta hacia una embriaguez por estimulantes, alucinógenos o sustancias con efectos mixtos. Los automatismos se presentan con el consumo de inhalantes. La agresividad o una actitud hostil y suspicaz, son frecuentes en las primeras fases de la intoxicación por sustancias depresoras como el alcohol, entre otras, así como por algunos estimulantes como la cocaína, y por el uso combinado de alcohol y cocaína.

La euforia es un signo común en la embriaguez por diversas etiologías; los estados de marcada ansiedad o tristeza, orientan hacia la utilización de alucinógenos, cannabis, cocaína; un estado de ideación y actitud paranoide persecutoria sugiere el consumo reciente de bazuco, cocaína, anfetaminas; la embriaguez causada por anfetaminas, cocaína, inhalantes, opiáceos, entre otros, suele acompañarse de un estado de embotamiento afectivo.

La sequedad en la boca se asocia a la cannabis, la escopolamina, las anfetaminas, el éxtasis; los movimientos orofaciales que se asemejen a trismus (bruxismo o apretamiento de las mandíbulas, rechinar de dientes) se asocian al consumo de anfetaminas, éxtasis. Las alteraciones de memoria anterograda se presentan en la embriaguez alcohólica avanzada, así como en la etapa inicial de la embriaguez por benzodiazepinas o escopolamina; las de la memoria inmediata en la embriaguez por cannabis.

3.4.6.2 ETANOL

El sistema nervioso central es uno de los que más se afecta por la impregnación del etanol generando los efectos clínicos de mayor interés para el examen de embriaguez. La impregnación del encéfalo se realiza de adelante hacia atrás, empezando por el lóbulo frontal y terminando por el lóbulo occipital, tallo y cerebelo, presentándose alteraciones tanto en la esfera mental, como en la neurológica.





Inicialmente la acción depresiva ocurre en las partes del encéfalo que participan en funciones integradas; los primeros procesos mentales afectados son los que dependen del aprendizaje y la experiencia previa tales como las habilidades y destrezas. Luego se presentan alteraciones en la atención, concentración, memoria, y juicio⁴⁶.

Estos hallazgos si bien deben ser registrados y considerados, no permiten por sí solos un diagnóstico concluyente sobre embriaguez alcohólica, el cual se fundamenta en:

- El primer signo neurológico que se pone de manifiesto en la embriaguez alcohólica es el nistagmus posrotacional⁴⁷ debido tanto a una acción periférica directamente en el sistema vestibular⁴⁸, como a la acción del alcohol sobre el sistema nervioso central. Este signo debe evaluarse cuidadosamente y analizarse en el contexto de cada caso, dado que también se presenta asociado con embriaguez de otra etiología (Ej. barbitúricos y difenilhidantoína) y con algunas patologías⁴⁹, o como una variante normal en una parte de la población general.
- A continuación se van presentando las alteraciones en la coordinación motora fina⁵⁰. La presencia de dismetría (alteración evidenciada en las pruebas de movimiento punto a punto), sin otros trastornos mayores de la coordinación motora se califica como **incoordinación motora leve** y se asocia con primer grado de embriaguez.

La adiadococinesia (movimientos rápidos alternos alterados) se evidencia un poco más tarde, cuando hay mayor impregnación del encéfalo. Se debe a incoordinación de movimientos entre músculos agonistas y antagonistas, y **califica la incoordinación motora moderada** y se asocia con segundo grado de embriaguez, como se verá más adelante.

Se debe tener en cuenta que algunas personas con desórdenes motrices (síndrome de Parkinson, etc) pueden presentar esta prueba alterada debido a la akinesia o rigidez; igualmente, que existen otros factores que pueden generar su alteración (Ej. esclerosis múltiple, tumores, lesiones en el cerebelo, entre otros.)

- El aliento alcohólico, signo del área general, aparece casi simultáneamente con el nistagmus; la intensidad del olor varía con la naturaleza del líquido consumido y el tiempo transcurrido desde la ingestión. Algunas sustancias pueden atenuar, intensificar o enmascarar tal olor y la percepción depende de la sensibilidad olfatoria de quien lo

-
- 46 Rall, T. "Hypnotics and sedatives: ethanol" En: "Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics", 8° Edición. Pergamon Press Inc. , New York, 1991. Goodman A., Rall W., Nies A., Taylor P. "Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics", 8° Edición. Pergamon Press Inc. , New York, 1991.
- 47 Constantín, A, Gandur, C, Pérez, T, Rodríguez, J, Silva, M, Villegas, J, "Evaluación de Signos Clínicos de Embriaguez y Alcoholemia en Población de Adultos Residentes en Santa Fe de Bogotá, Marzo a Junio de 1997", Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, 1998
- 48 United States Naval Flight Surgeon's Manual: Third Edition 1991: Chapter 7: Neurology -Vertigo and Disequilibrium- Positional Alcohol Nystagmus and Vertigo http://www.vnh.org/FS_Manual/07/05/Vertigo.html (julio 26 de 2003).
- 49 El nistagmo ocular puede presentarse en: albinismo, cataratas, glaucoma, paresia del músculo ocular patético; el vestibular en lesiones periféricas del laberinto; y el central con lesiones de cerebelo, núcleo vestibular, lesiones neurológicas; lesión en tubérculo cuadrigémino, esclerosis de placa y acueducto de Silvio. (Suros.J.y Surós A. Semiología Médica y Técnicas Exploratorias. VII edición, Salvat).
- 50 Constantín, A, Gandur, C, Pérez, T, Rodríguez, J, Silva, M, Villegas, J, Op. cit. 44.





explora. En caso de duda se deben realizar pruebas paraclínicas con el fin de precisar la etiología. La ausencia de aliento alcohólico en presencia de signos neurológicos de embriaguez debe orientar a un diagnóstico de embriaguez por sustancias diferentes al alcohol.

El diagnóstico forense de embriaguez alcohólica de primer grado se configura con la presencia de, por lo menos, **nistagmus postrotacional discreto, incoordinación motora leve y aliento alcohólico**⁵¹, analizados dentro del contexto de cada caso específico. Estos signos están precedidos por alteraciones en la esfera mental y neurológica, relacionadas con la atención, concentración, memoria y juicio, fundamentales para la realización de actividades de riesgo.

- A medida que va progresando la impregnación del encéfalo se evidencia la alteración en la convergencia ocular. Su presencia de manera aislada, debe hacer pensar en una etiología diferente al etanol; se debe tener en cuenta que puede ocurrir en un porcentaje importante de la población debido a alteraciones oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, oftalmopléjias, entre otras.).
- La disartria es producto de la incoordinación de los movimientos linguales para la articulación correcta de las palabras. Su presencia denota una etapa más avanzada de impregnación de alcohol etílico y presupone la existencia de los otros signos ya mencionados.

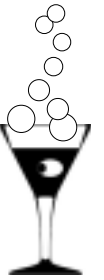
El diagnóstico forense de embriaguez alcohólica de segundo grado se configura con la presencia de por lo menos **nistagmus postrotacional evidente, incoordinación motora moderada, aliento alcohólico y disartria**, analizados dentro del contexto del caso específico. Además puede haber **alteración en la convergencia ocular**. Estos signos presuponen un mayor compromiso de la esfera mental y neurológica (en lo relativo a la atención, concentración, memoria y juicio) y por ende mayor incapacidad para efectuar actividades de riesgo.

- Para mantener el equilibrio se requiere el funcionamiento adecuado de por lo menos dos de los siguientes tres mecanismos: 1. Confirmación visual de la posición, 2. Confirmación no visual de la posición (estímulo propioceptivo y vestibular) y 3. Integridad funcional cerebelosa⁵². En tanto que en la embriaguez avanzada se van comprometiendo los tres mecanismos antes citados, se evidencian alteraciones en el equilibrio (prueba de Romberg) y anormalidades en las pruebas para evaluar la marcha (prueba de tamdem).
 - o La prueba de Romberg positiva califica el **aumento del polígono de sustentación** como mecanismo compensatorio, indicando alteración del equilibrio, que se asocia a la embriaguez avanzada por alcohol, por otras sustancias (Ej. algunas benzodiazepinas, clorpromacina, carbamacepina, amitriptilina, algunos inhalantes y anéstesicos, mari-

51 Teniendo en cuenta la definición de embriaguez establecida en el artículo 2° del Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002), y la recomendación que aparece en el numeral 4 del aparte “Recomendaciones”, de la Investigación “Evaluación de Signos Clínicos de Embriaguez y Alcoholemia en Población de Adultos Residentes en Santa Fe de Bogotá, Marzo a Junio de 1997”, Op. cit. 44. que en su parte pertinente dice: “Adoptar como definición de embriaguez para efectos forenses.....la presencia de dos signos neurológicos alterados y aliento alcohólico”.

52 Rusell, S. , Triola, M. “The Precise Neurological Exam, Lesson. VII. Coordination, Gait and Rhomberg Test” NYU School of Medicine, Department of Neurosurgery. <http://endeavor.med.nyu.edu/neurosurgery/coordination.html> (julio 26 de 2003)





huana, etc), o por diversas patologías del sistema nervioso. En crisis laberínticas se produce lateropulsión, mientras que en síndromes centrales es más frecuente encontrar retropulsión, aunque en algunas oportunidades hay lateralización en cualquier dirección⁵³.

- o La prueba de marcha en Tamden (punta-talón) alterada se califica como **incoordinación motora severa**. Se presenta en la embriaguez avanzada por alcohol y en la ocasionada por cannabinoides, metacualona, etc. Igualmente puede ser secundaria a paresias, parálisis, alteraciones en la sensibilidad propioceptiva, vértigo, etc. En los ancianos se puede asociar con los procesos degenerativos que comprometen la sensibilidad propioceptiva, fuerza y coordinación⁵⁴.

El diagnóstico forense de embriaguez alcohólica de tercer grado se configura con la presencia un cuadro que incluye:

DESDE

Un conjunto de signos como: **nistagmus espontáneo o postrotacional evidente, aliento alcohólico, disartria, alteración en la convergencia ocular, incoordinación motora severa y aumento del polígono de sustentación...**

HASTA

Un cuadro clínico que implique mayor compromiso mental y neurológico con **somnolencia, imposibilidad para articular el lenguaje, amnesia lacunar, incapacidad para mantener la postura y bipedestación, o alteraciones graves de conciencia – estupor, coma -**.

Todo esto, analizado dentro del contexto del caso específico.

Este estado implica una alteración completa de la esfera mental y neurológica (en lo relativo a la atención, concentración, memoria y juicio) y, por ende, de la capacidad de la persona para efectuar actividades de riesgo.

NOTA: Si los signos mencionados no son muy severos y se acompaña de la tríada: cefalea intensa, visión borrosa y abdomen agudo difuso, se debe sospechar ingesta de **alcohol metílico**.

La intensidad del cuadro clínico de embriaguez producido por el metanol suele ser menor (a menos que se haya consumido una gran cantidad o que también se haya ingerido etanol); en este caso, es prioritaria la atención de urgencias. Comuníquese al custodio al respecto para que se realice el traslado del examinado a un servicio de salud, y consigne esta información en el informe pericial.

53 Fernández Orduña L. “Vértigos y Trastornos del Equilibrio”. En: “Cirugía General, Capítulo V. Otorrinolaringología” Fondo Editorial UNMSM 1999. http://sisbib.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_v/vert_ytranst.html (julio 26 de 2003)

54 Rusell, S. , Triola, M. Op. cit. 52



Si es posible, siempre y cuando no se vea afectada la salud del examinado, tome una muestra de sangre para análisis de alcoholes (Ver Actividad 4).

3.4.7 OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES DEL ALCOHOL

Cuando la información integrada obtenida de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista y el examen clínico, demuestra que el examinado presenta un estado de alteración transitoria de sus condiciones físicas y mentales que no permite una adecuada realización de actividades de riesgo, pero no es clara su etiología, habiendo descartado otras patologías se debe sustentar el diagnóstico de embriaguez teniendo en cuenta los cuadros clínicos de embriaguez producida por otras sustancias que se mencionan a continuación. En estos casos se deben tomar muestras para análisis de laboratorio con el fin de complementar posteriormente el diagnóstico etiológico.

3.4.7.1 Otras sustancias depresoras diferentes al alcohol:

- Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodicepinas, fenotiazinas, antipsicóticos, antidepresivos etc.)⁵⁵:

Aunque en condiciones normales la mayoría producen sedación, su utilización con fines recreativos (abuso), especialmente en jóvenes, se asocia con labilidad del estado de ánimo, comportamiento agresivo, conducta sexual desinhibida, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social que aparecen durante o poco tiempo después del consumo.

Igualmente, se presenta lenguaje farfullante (*“hablar de prisa y atropelladamente, ‘comiéndose las palabras, como dice el vulgo’⁵⁶*), hipotermia e hipotensión, incoordinación motora, marcha inestable, ataxia, nistagmus, deterioro de la atención y/o la memoria (anterograde) y confusión, pudiendo llegar hasta el estupor o coma ^{57 .58 .59 .60 .61}

- Consumo reciente de opiáceos:

Se caracteriza por euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social que aparecen durante o poco tiempo después del consumo. Igualmente, en algunos casos se puede presentar mareo, nauseas y vómito.

55 Botero Duque, M. “Embriaguez No Alcohólica. Enfoque Médicoforense”. [http:// www.uniboyacá.edu.co](http://www.uniboyacá.edu.co) (enero 26 de 2005)

56 Suros, J. “Semiología Médica y Técnica Exploratoria”. Editorial Salvat . Sexta Edición . 1978.

57 DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, Masson S.A., Barcelona, 1998.

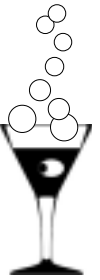
58 Jaffe J., “Drug Addiction and Drug Abuse” En: “Goodman & Gilman’s The Pharmacological Basis of Therapeutics”, 8º Edición. Pergamon Press Inc. , New York, 1991.

59 Osborne, H., Goldfrank, L., Howland, M., Bresnitz, E., Kirstein, R. “Barbiturates and other sedative-hypnotics”. En: “Goldfrank’s Toxicologic Emergencies”, Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990

60 National Institute on Drug Abuse (NIDA) “Selected prescription drugs with potential for abuse” www.nida.nih.gov/DrugPages/PrescriptionDrugschart.htm (actualizado a mayo 12 de 2005).

61 Job Corps Health and Wellness Program “Matrix of Drug Characteristics” En: “Job Corps Technical Assistance Guide TAG L:TEAP”. June 2002. www.jobcorpshealth.com/documents/TAG_L.pdf (julio 26 de 2003).





Se acompaña además de miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave), ligera hipotermia, hipotensión, disminución de la frecuencia respiratoria, lenguaje farfullante, disminución de la atención y de la memoria, somnolencia y alteración progresiva del estado de conciencia que puede llegar hasta el coma.^{62 .63 64 .65}

Se debe tener en cuenta que el síndrome de abstinencia por opiáceos puede generar un cuadro clínico muy similar a una embriaguez aguda del mismo origen.

- Escopolamina:

Se caracteriza por causar inicialmente visión borrosa, midriasis, resequedad en mucosas, piel caliente, seca y enrojecida, taquicardia, hipertermia, pérdida de la memoria anterógrada, disartria, incoordinación motora y dificultad para la marcha. Además se asocia con somnolencia, euforia, confusión, automatismo y pasividad, y amnesia lacunar.

En algunas personas puede causar excitación psicomotriz, alucinaciones, delirio y agresividad.^{66 .67}

- Disolventes y sustancias volátiles (inhalantes, excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta):

Los cambios psicológicos o comportamentales más significativos asociados con el uso o exposición a este tipo de sustancias incluyen: euforia, beligerancia, apatía y deterioro del juicio que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

Además, suele presentarse mareo, visión borrosa o diplopía, así como dos o más de los siguientes signos clínicos: nistagmus, incoordinación motora, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargia, disminución de los reflejos, lentitud psicomotora, temblores, debilidad muscular generalizada, pudiendo llegar hasta el estupor o coma.^{68 .69 .70}

62 DSM-IV Op. cit. 57

63 Jaffe J., Martín, W. "Opioid analgesics and antagonists" En: "Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics", 8° Edición. Pergamon Press Inc. , New York, 1991

64 Jaffe J., "Drug Addiction and Drug Abuse". Op. cit. 58

65 Goldfrank, L., Bresnitz, E. "Opioids". En: "Goldfrank's Toxicologic Emergencies", Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990

66 Gutiérrez M., "Intoxicación Aguda por Burundanga" En: Guías de Actuación en Urgencias y Emergencias. Editorial MAD-Organización Aibarra <http://www.aibarra.org/Guias/default.htm>. (actualizado a mayo 14 de 2005).

67 Guerrero A., Córdoba D. "Escopolamina" En: Córdoba D. "Toxicología". Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda. 2000

68 DSM-IV Op. cit. 57

69 National Institute on Drug Abuse (NIDA) "Common Drugs of Abuse". www.nida.nih.gov/DrugPages/DrugsofAbuse.Html (actualizado a: diciembre 7 de 2004).

70 Job Corps Health and Wellness Program Op. cit. 61





3.4.7.2 Sustancias Estimulantes

- Consumo reciente de cocaína (clorhidrato de cocaína, cocaína base o bazuco):

Se caracteriza por euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hiperalerta; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; agitación o lentitud psicomotora; deterioro de la capacidad de juicio, que se presentan durante o poco tiempo después del consumo de cocaína.

Además aparecen algunos de los siguientes signos clínicos: taquicardia o bradicardia, midriasis, inicialmente aumento y luego disminución de la tensión arterial, hipertermia, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, hiperreflexia, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, crisis comiciales (convulsivas complejas generalizadas), discinesias, distonías o coma.^{71 .72 .73 .74 .}

En algunas ocasiones se pueden presentar cuadros delirantes con ideación paranoide (a veces dermatozoica -“bichos en la piel”-), y alucinaciones (auditivas, visuales, en ocasiones táctiles); aunque se asocian más al consumo crónico, pueden presentarse con un sólo episodio de consumo repetido y continuado durante un periodo prolongado (12-24 horas seguidas o más).⁷⁵

En particular, consideramos pertinente recordar el “Síndrome de Delirio Cocaínico”, inicialmente descrito por Wetli y Fishbain (1985), el cual se caracteriza por cuatro componentes principales que aparecen de manera secuencial: en la fase temprana se presenta hipertermia y un cuadro delirante con marcada agitación psicomotora y conducta violenta (es notorio el aumento de la fuerza y frecuentemente se requiere la intervención de las autoridades); subitamente cesa la agitación, se presenta un periodo de calma y poco tiempo después se produce un paro respiratorio y la muerte; Como las pruebas de laboratorio generalmente reportan niveles bajos de cocaína y sus metabolitos, y se ha empleado la fuerza y/o maniobras para inmovilizar al sujeto, en estos casos puede generarse confusión sobre la causa de la muerte⁷⁶.

El **bazuco** es una mezcla de diversas sustancias generada durante la purificación de la cocaína y por ende contiene el mismo principio activo; por lo tanto su consumo reciente produce un cuadro clínico similar al ya mencionado. Sin embargo, en algunos casos pueden presentarse cuadros inusuales debido al tipo de sustancias presentes (impurezas y/o adulterantes) en la mezcla o a su uso en combinación con el alcohol, la marihuana, etc.

71 DSM-IV Op. cit. 57

72 Jaffe J., “Drug Addiction and Drug Abuse”. Op. cit. 58

73 Job Corps Health and Wellness Program Op. cit. 61

74 Lewin, N., Goldfrank, L., Weisman, R. “Cocaine”. En: “Goldfrank’s Toxicologic Emergencies”, Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990.

75 Jaffe J., “Drug Addiction and Drug Abuse”. Op. cit. 58

76 Karch, S. “The Pathology of Drug Abuse” CRC Press, Boca Raton, Florida, 1993





- Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines:

Se presentan cambios psicológicos y comportamentales tales como: euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hiperactividad, hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado y deterioro de la capacidad de juicio que aparecen durante o poco tiempo después del consumo. También puede producirse polidipsia, náuseas, vómito, sudoración o escalofrío, cefalea y dolor en el pecho.

Además, se encuentran los siguientes signos clínicos: sequedad de mucosas, bruxismo, midriasis reactiva, hipertensión arterial, hipertermia, taquicardia, arritmia cardiaca, ruidos intestinales aumentados, tembor, hiperreflexia, confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma. Además, algunos derivados de la anfetamina pueden causar cuadros delirantes, con ideación paranoide y/o alucinaciones auditivas y visuales (Ej. MDA, TMA).

77 .78 .79 .80 .81

3.4.7.3 Sustancias Alucinógenas.

- Consumo reciente de Alucinógenos (LSD y otras drogas de diseño, hongos, yagé, peyote, yopo, etc.)⁸² :

Se asocia a cambios psicológicos y comportamentales tales como: euforia o disforia, ansiedad o depresión marcadas; ideas de referencia; miedo a perder el control; ideaciones paranoides; ideación delirante nihilista (negación de órganos), dismórfica (transformación corporal), o dermatozoica (creencia irracional de tener la piel infestada por animales); que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.

Además, se presentan cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (Ej. Intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias).

Los signos clínicos asociados al consumo de alucinógenos, incluyen: midriasis, taquicardia, taquipnea, sudoración, pilo erección, visión borrosa, temblores, hiperreflexia, incoordinación motora, ataxia. Además, con el LSD, puede aparecer hipertermia, salivación, diarrea, brococonstricción y vómito. ^{83 .84 .85}

77 DSM-IV Op. cit. 57

78 Jaffe J., "Drug Addiction and Drug Abuse". Op. cit. 58

79 Lewin, N., Goldfrank, J., Kirsstein, R. "Amphetamines". En: "Goldfrank's Toxicologic Emergencies", Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990

80 Job Corps Health and Wellness Program Op. cit. 61

81 National Institute on Drug Abuse (NIDA). Op. cit. 69

82 Botero Duque, M., Op. Cit. 55

83 DSM-IV Op. cit. 57

84 Jaffe J., "Drug Addiction and Drug Abuse". Op. cit. 58

85 Aron, C. "Lysergic Acid diethylamide and other Psychedelics". En: "Goldfrank's Toxicologic Emergencies", Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990



3.4.7.4 Sustancias con efectos mixtos

- Consumo reciente de Cannabis⁸⁶.

Se asocia a cambios psicológicos y comportamentales como euforia, ansiedad o depresión, aumento en las percepciones, hiperacusia, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social o desinhibición, jocosidad, alteración del apetito, mareo. Se altera la memoria inmediata, el flujo del lenguaje y la claridad del dialogo secuencial. Disminuye la atención, la concentración y la capacidad para realizar tareas que requieren múltiples procesos mentales secuenciales, y se altera la percepción del tiempo (transcurre lentamente) y del espacio, todos estos fundamentales para la realización de actividades de riesgo.^{87 .88 .89}

Además, se encuentran los siguientes signos clínicos: inyección conjuntival, sequedad de boca, hipotermia, taquicardia, hipotonía, incoordinación motora leve, confusión, somnolencia, trastorno de la visión. El equilibrio y la estabilidad de la postura se afectan incluso con dosis bajas, lo cual se hace más evidente cuando los ojos están cerrados (prueba de Romberg)^{90 .91 .92 .93}.

- Consumo reciente de Éxtasis:

El cuadro clínico es muy similar al de la anfetamina, descrito anteriormente (ver numeral 3.4.7.2). Puede causar además, ataxia, rigidez muscular, diaforesis, inquietud y tremor, e incluso alucinaciones⁹⁴.

3.4.8. MEZCLAS DE SUSTANCIAS

El uso combinado de diversas sustancias se caracteriza por producir cuadros inespecíficos, en los cuales se pueden encontrar algunos cambios psicológicos, comportamentales y clínicos, característicamente asociados a una u otra de las sustancias consumidas.

En algunos casos debido a un efecto aditivo, potenciador o sinérgico, predominan algunos signos asociados al consumo de una de las sustancias; en otros casos, por el efecto antagónico entre las dos sustancias consumidas, pueden no evidenciarse ciertos signos asociados a una de ellas. Todo depende de la mezcla y las dosis consumidas.

86 Botero Duque, M., Op. Cit. 55

87 DSM-IV Op. cit. 57

88 Jaffe J., "Drug Addiction and Drug Abuse". Op. cit. 58

89 Baselt, R.C. "Drug effects on psicomotor performance". Biomedical Publications, Foster City , California, 2001

90 DSM-IV Op. cit. 57

91 Jaffe J., "Drug Addiction and Drug Abuse". Op. cit. 58

92 Lewin, N.,Goldfrank,, Kirstein,R. "Amphetamines". En: "Goldfrank's Toxicologic Emergencies", Fourth Edition. Prentice-Hall International Inc. 1990

93 Job Corps Health and Wellness Program Op. cit. 61

94 Lewin, N.,Goldfrank,, Kirstein,R. Op. Cit. 79





Algunas de las combinaciones más frecuentes en nuestro medio, son:

- **Consumo combinado de alcohol etílico y cocaína:** la cocaína contrarresta algunos de los efectos del alcohol etílico⁹⁵ tales como la sedación, la incoordinación motora y la disartria; no ocurre así con el aliento alcohólico y el nistagmus postural los cuales permanecen sin alteración.
- **Consumo combinado de alcohol etílico y benzodiazepinas:** estas sustancias tienen un efecto aditivo, por lo cual son más severas las alteraciones que se presentan por su consumo simultáneo que cuando se utiliza sólo alguna de ellas, y es mayor la incapacidad para efectuar actividades de riesgo. Su consumo combinado lleva a un mayor deterioro de la atención y de la coordinación motora. Se incrementan la somnolencia, la hipotermia y la hipotensión.⁹⁶ La exacerbación más notoria se evidencia en el equilibrio (mayor aumento del polígono de sustentación)⁹⁷.
- **Consumo combinado de alcohol etílico y marihuana:** al igual que en el caso anterior estas dos sustancias tienen un efecto aditivo, pero a diferencia de lo que sucede con el consumo de alcohol y benzodiazepinas, en este caso los signos clínicos que se evidencian como más alterados son: el deterioro en el flujo del lenguaje; la alteración en la percepción espacial, la ataxia y la incoordinación motora. Sin embargo, en los consumidores crónicos de marihuana el efecto aditivo puede no presentarse o ser menos evidente. También en este caso es mayor la incapacidad para efectuar actividades de riesgo⁹⁸.
- **Consumo combinado de marihuana y cocaína:** Aunque prevalece el estado de hiperalerta generado por la cocaína, se ha reportado déficit en la capacidad para evocar y repetir reacciones aprendidas previamente (en el periodo inmediato).⁹⁹

En cualquiera de los casos mencionados en los numerales 3.4.7 y 3.4.8., la información obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, orienta a un diagnóstico sindromático. Sin embargo, como ya se mencionó, para configurar el diagnóstico etiológico esta información debe complementarse con la toma de muestras para análisis de laboratorio, teniendo en cuenta lo establecido para su recolección y manejo, y dando cumplimiento a la cadena de custodia (Ver Actividad 4 “Pruebas Paraclínicas Complementarias”).

3.4.9 Cuando sea pertinente se deben anotar también en el aparte “Análisis, Interpretación y conclusiones”, otros aspectos que ayuden a orientar la investigación o que el perito considere que la autoridad debe conocer o tener en cuenta.

95 Baselt, R,C. Op.cit. 89

96 Gutiérrez M. Memorias del Curso de Actualización en Toxicología Clínica y Forense. Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, julio 5-26 de 1997.

97 Baselt, R,C. Op.cit. 89

98 Baselt, R,C. Op.cit. 89

99 Baselt, R,C. Op.cit. 89





3.4.10 CONCLUSIONES

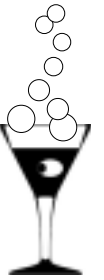
- ❖ Si habiendo efectuado y registrado el análisis de la información integrada, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, es posible sustentar el diagnóstico de **EMBRIAGUEZ NEGATIVA**, emita su conclusión en tal sentido.
- ❖ Si habiendo efectuado y registrado el análisis de la información integrada, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, es posible sustentar el diagnóstico de embriaguez de origen etílico, concluya en el informe pericial **EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA POSITIVA e indique el grado de embriaguez**, de acuerdo a lo ya expuesto en el numeral 3.4.6
- ❖ Si habiendo efectuado y registrado el análisis de la información integrada, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, es posible sustentar el diagnóstico de embriaguez y se sospecha que es debida a otras sustancias diferentes al alcohol, concluya en el informe pericial **EMBRIAGUEZ POSITIVA DE ETIOLOGÍA POR ESTABLECER** y registre en el aparte correspondiente del informe pericial lo relativo a las muestras tomadas para estudio toxicológico (Ver Actividad 4. Pruebas para clínicas complementarias).
- ❖ Si habiendo efectuado y registrado el análisis de la información integrada, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, sólo es posible sospechar embriaguez de origen etílico y/o por consumo combinado de sustancias (Ej. alcohol y cocaína), y se considera pertinente realizar pruebas paraclínicas complementarias antes de emitir una conclusión al respecto, explique también esto en el aparte “Análisis, Interpretación y Conclusiones”, informe pericial y anote que el caso, por lo tanto, queda **En Estudio**. Igualmente registre lo relativo a las muestras tomadas para estudio toxicológico, en el aparte correspondiente del informe pericial (Ver Actividad 4. Pruebas Paraclínicas Complementarias).

Posteriormente, se podrá concluir, integrando además la información obtenida de los resultados de las pruebas paraclínicas complementarias efectuadas, en el contexto del caso específico.

- ❖ Si con base en el análisis de la información y los hallazgos del examen, se sospechó **intoxicación por alcohol metílico**, una vez coordinada la atención de urgencias consigne esta información en el aparte “Análisis, Interpretación y Conclusiones”; igualmente registre en el aparte correspondiente del informe si tomó o no muestra de sangre para análisis de alcoholes.

Posteriormente, se podrá concluir el informe pericial, integrando además la información obtenida de los resultados del laboratorio y de la historia clínica correspondiente, según el caso.





3.5 DOCUMENTOS

3.5.1 DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN:

- Información consignada en los apartes previos del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.
- Reportes de pruebas paraclínicas ya efectuadas (cuando sea del caso).

3.5.2 DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Análisis, interpretación y conclusiones del informe clínico forense sobre embriaguez (Actividad Nro.3).
- Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (Anexo 1).

3.5.3 DOCUMENTOS POR GENERAR:

- Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.





Actividad No. 4.

PRUEBAS PARACLÍNICAS COMPLEMENTARIAS

4.1 OBJETIVOS

Recolectar muestras biológicas cuando sea pertinente, ya sea para determinar alcoholemia por métodos indirectos (Ej. aire espirado para análisis por Alcohosensor) o para remitirlas al laboratorio con fines de análisis toxicológico (Ej. sangre u orina para alcoholemia directa y/o determinación de otras sustancias), asegurando su adecuado registro, manejo, preservación y cadena de custodia.

4.2 RESPONSABLE

Para los efectos de este Reglamento Técnico Forense, el mismo perito médico que realizó el examen clínico de embriaguez es responsable de la toma y manejo de muestras para la realización de pruebas paraclínicas complementarias.

4.3 CONDICIONES

4.3.1 La pertinencia de las pruebas paraclínicas para determinar alcoholemia u otras sustancias diferentes al alcohol, está sujeta a la información previa del caso, a la obtenida en la entrevista y a los hallazgos del examen clínico; por lo tanto es el médico quien determinará la necesidad de realizar o no tales pruebas adicionales.

Algunos criterios a tener en cuenta para solicitar las pruebas complementarias, incluyen:

- La información del caso y la obtenida durante el examen clínico.
- El tiempo transcurrido entre la hora de los hechos que se investigan y la hora del examen (ver numeral 4.4.1.1)





- Inconsistencias entre el relato del examinado y los hallazgos del examen.
- Un cuadro clínico inespecífico, no conclusivo, que permite sospechar embriaguez de origen etílico y/o el consumo simultáneo de diversas sustancias.
- Tipo de hallazgos en el examen clínico que sugieren una etiología de la embriaguez diferente al alcohol.
- Necesidad de aclarar un diagnóstico diferencial con otras entidades patológicas.
- Antecedentes médicos, psiquiátricos, farmacológicos y toxicológicos, que podrían dificultar el diagnóstico de embriaguez y/o su etiología.

4.3.2 Tratándose de casos penales, regidos por el sistema acusatorio (Ley 906 de 2004, C.P.P.), el consentimiento libre e informado para la realización del examen clínico en general, y para la toma de muestras biológicas en particular, por parte de la víctima o su representante legal (según el caso), debe estar documentado previamente por escrito, tal como se indicó en el numeral 2.4.5 de este Reglamento.

Si la persona por examinar es el imputado, es indispensable la autorización previa del Juez de Control de Garantías para realizar el examen y/o toma de muestras; igualmente en estos casos, se requiere siempre la presencia del defensor del imputado.¹⁰⁰

4.3.3 El procedimiento se debe realizar en un área que garantice la privacidad del examinado; para la recolección de la muestra de orina, cuando se requiera, se debe contar con un baño o área que permita respetar su dignidad y garantizar la cadena de custodia en el momento de la toma de la muestra. Al igual que en el examen clínico, la conducta y actitud del médico durante la toma de las muestras, debe estar sustentada en el respeto a la dignidad de la persona humana.

4.3.4 En todos los casos, los procedimientos de recolección y manejo de las muestras para análisis de laboratorio, se realizarán teniendo en cuenta los parámetros establecidos y la normatividad vigente para la recolección, preservación, almacenamiento, transporte y cadena de custodia de evidencias, así como las respectivas recomendaciones y medidas de bioseguridad.^{101 .102 .}

4.3.5 Se debe contar con los elementos básicos requeridos para la recolección de muestras de sangre y orina para análisis de laboratorio, así como para su rotulación, embalaje, registro de cadena de custodia, y para la conservación de las muestras manteniendo la cadena de frío, desde el momento de su recolección hasta el envío al laboratorio forense (Ver numeral 4.4.4.)

100 Artículos 247 y 249 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.)

101 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses “Instructivo sobre manejo de evidencias físicas para estudios por los laboratorios forenses en la investigación de los delitos sexuales”. En: “Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, Versión 01, Noviembre de 2002”, (Resolución 000586 de 2002). INMLy CF-FNUAP, 2002. Pág. 149.

102 Artículos 288 y 289 de la Ley 600 de 2000 y Artículos 254 a 266 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Resoluciones 01890 de 2002 y 0-6394 del 22 de diciembre de 2004, Fiscalía General de la Nación; y demás reglamentación vigente al respecto.





- 4.3.6** Se debe evitar cualquier tipo de contaminación de las evidencias en el sitio de recolección haciendo uso de guantes desechables, materiales estériles o destinados para su recolección y no permitir la mezcla de evidencias diferentes correspondientes a un mismo caso, o con las de otros casos¹⁰³. Igualmente, las superficies de trabajo en el sitio de recolección, deben estar limpias y desprovistas de elementos que puedan generar contaminación.
- 4.3.7** Cuando se haga el envío de muestras al laboratorio, junto con estas y el respectivo registro de cadena de custodia, se debe remitir la orden o solicitud del(los) estudio(s) requerido(s), incluyendo una copia o resumen de la evaluación clínica practicada y la información relevante disponible. Esta información permitirá a los laboratorios orientar efectivamente el desarrollo del caso.
- 4.3.8** Para la determinación indirecta de alcoholemia mediante la medición de alcohol en aire espirado con un equipo alcohosensor, se deben cumplir las condiciones de calibración, operación y mantenimiento, establecidas por el fabricante para cada tipo y marca de equipo en particular.
- Adicionalmente, quien opere del equipo, debe estar debidamente entrenado en el análisis de alcoholemia indirecta mediante el uso de dicho equipo en particular.
- 4.3.9** Los resultados de las pruebas paraclínicas complementarias efectuadas deben interpretarse por el perito médico en conjunto con la información obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, en el contexto del caso específico.

Sólo en aquellos casos en los cuales no se haya efectuado examen clínico, se deben interpretar los resultados de las pruebas de alcoholemia (ya sea por métodos directos o indirectos), mediante la correlación establecida en el artículo segundo de la Resolución 0414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aclarada mediante Resolución 0453 de 2002.

4.4. DESCRIPCIÓN

- 4.4.1** Definir el tipo de prueba a realizar y las muestras a tomar, con base en la información integrada, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico, considerando entre otros los siguientes aspectos:
- El tiempo transcurrido entre la hora de los hechos que se investigan y la hora del examen, teniendo en cuenta la farmacocinética de las diferentes sustancias.

103 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Op. Cit. 101





- **Si el lapso es inferior a 24 horas:**
 - A) Ante la sospecha de embriaguez de origen etílico o del consumo combinado de etanol y otras sustancias (ver numerales 3.4.6 a 3.4.8), si se dispone de un alcohosensor se puede determinar alcoholemia por este método indirecto, y se tomarán muestras de sangre y orina para estudio de psicofármacos¹⁰⁴; la otra opción es tomar muestras tanto de sangre, como de orina, para alcoholemia y análisis de otras sustancias en el laboratorio.
 - B) Ante un diagnóstico clínico, o sospecha, de embriaguez por sustancias diferentes al etanol, para establecer la etiología se tomarán muestras de sangre y orina para análisis de laboratorio¹⁰⁵.
- **Entre las 24 horas y los 4 días después de los hechos:** sólo se debe tomar muestra de orina para análisis de otras sustancias psicoactivas diferentes al alcohol.
- **Después de cuatro días:** no es recomendable tomar muestras para aclarar una sospecha clínica de embriaguez, ni para establecer la etiología de una embriaguez diagnosticada clínicamente¹⁰⁶. Si por circunstancias excepcionales se decide hacerlo, se deben precisar tanto en el informe pericial, como en la respectiva orden para el laboratorio, las razones específicas que justifican dicha solicitud.
- La solicitud para análisis de laboratorio toxicológico debe circunscribirse a la determinación de sustancias que tienen efectos depresores, estimulantes, alucinógenos y a aquellas con efectos mixtos.

4.4.2 Explicar a la persona a examinar en qué consiste(n) el (los) procedimiento(s) para análisis paraclínico(s) a efectuar, resolviendo cualquier inquietud que pueda surgirle. En el evento en que se rehúse, se dejará constancia escrita, avalada con la firma de la persona remitida para el examen o de su custodio, y se le informará de inmediato a la autoridad.

Tratándose de casos penales, regidos por el sistema acusatorio (Ley 906 de 2004, C.P.P.):

- Asegurarse que el consentimiento libre e informado para la realización del examen ha sido documentado, en particular en lo relativo a “la extracción de sangre y otras muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de pruebas paraclínicas complementarias” (ver “Formato de Consentimiento Informado”, Anexo 3).

104 Artículo 3, Resolución 0414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aclarada mediante Resolución 0453 de 2002.

105 Ibid.

106 LeBau, M.A. Toxicological Investigations of Drug-Facilitated Sexual Assaults. Forensic Science Communications Vol.1, Number 1, April 1999. U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigations. <http://www.fbi.gov/hq/lab/fsc/backissu/april1999/lebeau.htm>





- En estos casos, si la persona por examinar, o su representante legal, se rehúsa a la práctica del estudio, se requiere una orden emitida por un Juez de Control de Garantías para su realización.¹⁰⁷.

4.4.3 Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor (ver numeral 4.4.1):

Un alcohosensor es un sistema para determinar el alcohol en aire exhalado¹⁰⁸, luego de que una persona sopla a través de una boquilla o cánula, que actúa como puerto de entrada de la muestra de aire espirado al sistema.

De conformidad con el artículo primero de la Resolución 0414 de 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la determinación de alcohol se debe realizar en un equipo que permita medir la cantidad de alcohol en el aire espirado -determinación cuantitativa- y que cuente con un dispositivo de registro. Es decir, es indispensable que el equipo permita la impresión inmediata de los resultados de las pruebas efectuadas, por lo menos en original y copia; el primero se enviará a la autoridad junto con el respectivo informe pericial, y el segundo se adjuntará a la copia del informe que se archiva en la dependencia o institución donde se realiza el examen para determinación de embriaguez.

Las condiciones y procedimientos de calibración, operación y mantenimiento establecidas por el fabricante para cada tipo, modelo y marca de equipo en particular, que deben cumplirse deben ser consultadas en las respectivas Guías de Usuario, Instructivos o Manuales de Operación¹⁰⁹. Sin embargo, a continuación se mencionan algunos aspectos de procedimiento, aplicables en todos los casos:

4.4.3.1 Antes de realizar cualquier prueba, asegúrese que se cumplen las condiciones requeridas para el funcionamiento adecuado del alcohosensor, entre otras:

- Que el lapso transcurrido desde la fecha de la última calibración registrada en el adhesivo o etiqueta correspondiente, adherida al equipo, no excede el límite máximo establecido por el fabricante; es decir, que la calibración del equipo esté vigente.
- Que la fuente de carga o batería se encuentra instalada y con carga (tanto en el alcohosensor, como en la impresora).
- Que se dispone de suficientes boquillas o cánulas desechables, de acuerdo al número posible de pruebas por realizar, en cada caso.
- Que el dispositivo de registro o impresora tiene papel.

107 Artículo 250 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); Sentencia C-822/05 de la Corte Constitucional, Agosto 10 de 2005

108 Artículo 2, Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002).

109 Para mayor información sobre las condiciones de operación, calibración y mantenimiento de los Alcohosensores Draguer, Modelo 7410 Plus, con que cuentan algunas dependencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se pueden consultar los documentos de trabajo “Procedimiento para la determinación de etanol en aire espirado empleando el Alcohosensor Draguer, modelo 7410 plus”, e “Instructivo para la calibración y mantenimiento del Alcohosensor Draguer, modelo 7410 PLUS”, elaborados por la División de Ciencias Forenses de la misma institución.





De no ser así, no se debe efectuar la prueba con ese alcohosensor y se optará por utilizar otro o recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio, tal como se indica en el numeral 4.4.4.

4.4.3.2 Cuando se realicen varias pruebas sucesivamente, entre una y otra prueba debe transcurrir el tiempo mínimo establecido por el fabricante para garantizar la eliminación total de cualquier residuo de etanol en la celda del alcohosensor.

4.4.3.3 Como parte del control de calidad del método, antes de efectuar una prueba al examinado, se debe realizar un control negativo (*blanco-blank*), es decir, de un ambiente libre de etanol¹¹⁰, siguiendo las recomendaciones del fabricante para tal efecto.

El resultado de este control negativo debe ser 0.00; de no ser así no se debe continuar con la prueba y sería necesario utilizar otro alcohosensor o recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio.

4.4.3.4 La prueba al examinado se debe realizar como mínimo 15 minutos después de la última ingesta de alcohol, con lo cual se asegura que la medición se realice sobre el etanol alveolar y no sobre el etanol bucal. Si el sujeto de análisis ha utilizado enjuagues bucales, formulaciones farmacéuticas que contengan alcohol o ha presentado eructos o vómito, igualmente se debe esperar 15 minutos antes de realizar la prueba. Este tiempo no disminuye por enjuague bucal con agua o bebidas no alcohólicas¹¹¹.

En caso de que la persona a examinar sea un fumador, debe haber transcurrido el tiempo mínimo establecido por el fabricante desde el último consumo (generalmente dos minutos) antes de realizar la prueba, dado que este humo disminuye el tiempo de vida útil de las celdas de los alcohosensores.

4.4.3.5 Para cada prueba que se realice (así sean en una misma persona) se debe utilizar una boquilla o cánula NUEVA.

4.4.3.6 Durante la prueba el examinado debe respirar normalmente; si por cualquier circunstancia esto no es posible, se debe optar por otra alternativa (recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio).

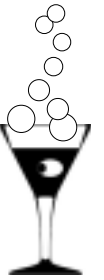
4.4.3.7 Cuando el resultado de una prueba realizada con el alcohosensor es positivo y corresponde a una cifra de alcoholemia mayor o igual a 40 mg. / 100 ml, como parte del control de calidad del método, se debe realizar una nueva prueba (incluyendo el control negativo ya mencionado) entre 3 y 15 minutos después.¹¹²

110 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Ciencias Forenses, Documento de Trabajo “Procedimiento para la determinación de etanol en aire espirado empleando el Alcohosensor Dragger, Modelo 7410 Plus”, 2003.

111 Ibid.

112 Ibid.





Los resultados de ambas pruebas se deben considerar conjuntamente así:

- **Si la segunda lectura es menor de 40 mg. % y la diferencia entre las dos mediciones es menor o igual a 5 mg. %:** el resultado se debe interpretar como negativo¹¹³ para embriaguez alcohólica (pero no permite descartar otras sustancias, para lo cual, cuando los hallazgos clínicos lo ameritan, es necesario recolectar muestras para análisis de laboratorio tal como se indica en el numeral 4.4.4.
- **Si la segunda lectura es menor de 40 mg. % y la diferencia entre las dos lecturas es mayor de 5 mg %:** es necesario repetir todo el proceso, preferiblemente con otro operador; si la situación persiste se debe retirar del servicio ese alcohosensor¹¹⁴ y emplear otro, o recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio.
- **Si la segunda lectura es mayor de 40 mg % y menor de 100 mg %:** la diferencia entre las dos mediciones debe ser menor o igual a 5 mg. %. En caso de no ser así, es necesario repetir todo el proceso preferiblemente con otro operador; si la situación persiste se debe retirar del servicio ese alcohosensor¹¹⁵, y emplear otro, o recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio.
- Si la segunda lectura es mayor o igual a 100 mg %: **se debe calcular la variación entre los dos resultados, de acuerdo al cociente obtenido de la siguiente ecuación:**

$$\text{RESULTADO 1} / \text{RESULTADO 2} = X.$$

El cociente obtenido (X) debe estar entre 0.95 y 1.05; En caso de no ser así, es necesario repetir todo el proceso, preferiblemente por otro operador; si la situación persiste se debe retirar del servicio ese alcohosensor¹¹⁶ y emplear otro, o recolectar muestra de sangre para análisis de alcoholemia en el laboratorio.

4.4.3.8 El registro impreso con el resultado de cualquier medición efectuada, debe contener además, en todos los casos, la siguiente información impresa o manuscrita:

- Tipo de muestra: control negativo o blanco (1°, 2°...); prueba al examinado (1°, 2°...).
- El No. de Radicación del Caso (o el número de historia clínica, si se trata de un servicio de salud), y el No. del ensayo generado por el sistema, cuando el tipo de alcohosensor utilizado lo genera.
- Fecha y hora en la que se realiza la medición.
- Nombre completo y/o documento de identidad del examinado (*sujeto-subject*).

113 Ibid..
114 Ibid.
115 Ibid.
116 Ibid.





- Nombre completo y/o documento de identidad de quien opera el equipo (*Operador – Operator*).
- Lugar donde se realiza el ensayo (nombre de la institución o dependencia).
- La huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar, al respaldo del registro.

4.4.4 **Recolección y manejo de muestras de sangre y orina para análisis de laboratorio toxicológico:**

4.4.4.1 Lavarse adecuadamente las manos antes de iniciar el procedimiento, y repetir el lavado al finalizar el mismo.

4.4.4.2 Utilizar un par de guantes de latex desechables por cada persona que se va a evaluar, y descartarlos al terminar el procedimiento.

4.4.4.3 Recolectar muestras de sangre:

- Para el envase de la sangre se deben utilizar tubos de ensayo de vidrio, al vacío, que contienen fluoruro de sodio como agente conservante y oxalato de potasio como anticoagulante. Corresponden al tubo tapa gris por convención internacional.
- Si va a tomar muestra de sangre para alcoholemia **no use alcohol para desinfectar el área de punción**. Utilice compuestos a base de Yodo.
- Mediante punción venosa, recolectar la(s) muestra(s) de sangre requeridas para la(s) prueba(s) a realizar, utilizando un sistema de recolección de sangre al vacío o jeringa desechable de 10 ml de capacidad (ver Anexo 2 “Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos”).

La(s) muestra(s) requerida(s) para cada tipo de estudio (Ej. alcoholemia / psicofármacos), deben envasarse individualmente en tubos separados. Los laboratorios forenses no recibirán muestras para tipos de estudio diferentes que vengan en un mismo recipiente, así sean del mismo caso¹¹⁷

- Una vez recolectada la muestra en el tubo, procurando que el espacio de cabeza (es decir el espacio libre que queda entre el nivel de la sangre y el tapón) sea mínimo, asegurarse de que está tapado herméticamente y agitar suavemente para permitir la mezcla con el fluoruro de sodio y el oxalato de potasio.

4.4.4.4 Recolectar muestras de orina:

- Para la recolección de la orina se deben utilizar frascos de polipropileno de 60 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, nuevos, sin preservativos.

117 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Ciencias Forenses “Manejo de los Elementos Materia de Prueba para Análisis Toxicológico. Versión 1”, Vigente a partir de abril 15 de 2003.





- Suministrar al examinado el recipiente adecuado para tal efecto (Ver Anexo 2 “Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos”) y pedirle que recolecte la muestra. Busque y aplique mecanismos para evitar que durante la recolección la muestra pueda ser alterada.
- Recibir del examinado el recipiente con la muestra de orina y verificar que se encuentran herméticamente cerrado.

4.4.4.5 Rotular individualmente cada uno de los tubos y/o frascos que contienen las muestras obtenidas, incluyendo como mínimo la siguiente información:

- Número de radicación del caso (o número de historia clínica, si se trata de un servicio de salud¹¹⁸).
- Número de la muestra: cuando se han recolectado varias muestras de un mismo caso (por ejemplo, *Muestra # 1*, *Muestra # 2*).
- Nombre de la persona a quien pertenece la muestra.
- Fecha y hora de la recolección.
- Iniciales del responsable de la recolección.

Si la rotulación es manual se debe usar un marcador indeleble, que resista las condiciones de almacenamiento (humedad alta). Si se cuenta con un sistema de información que permita la generación automática de rótulos, debe configurarse para que se consigne esta información¹¹⁹; igual debe hacerse cuando se utilicen rótulos preimpresos.

4.4.4.6 Embalaje, almacenamiento / transporte:

Las evidencias biológicas obtenidas (muestras de sangre y/o de orina) deben ser remitidas al Laboratorio de Toxicología en el menor tiempo posible, bajo cadena de custodia y cumpliendo las especificaciones de almacenamiento y transporte señaladas a continuación; si las muestras son recolectadas en un servicio de salud, deben ser entregadas bajo cadena de custodia a la policía judicial o primera autoridad del lugar que haya conocido del caso¹²⁰, teniendo en cuenta las mismas condiciones de embalaje, almacenamiento y transporte.

- Mantener todo el material de origen biológico en refrigeración (entre 2 y 6 °C), mientras se hace la remisión o entrega.

118 “7-11 FGN-CC-MEMPPIPS; Manejo de los Elementos Materia de Prueba o Evidencias Provenientes de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas” En: “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución 0-6394 del 22 de 2004, Fiscalía General de la Nación).

119 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses . Op. Cit. 117

120 Artículo 255 de la Ley 906 de 2004 (C.P.P.); “7-11 FGN-CC-MEMPPIPS; Manejo de los Elementos Materia de Prueba o Evidencias Provenientes de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas” En: “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución 0-6394 del 22 de 2004, Fiscalía General de la Nación).





- Para el envío al laboratorio, los tubos y frascos que contienen las muestras recolectadas deben embalarse en un segundo recipiente para proteger de accidentes al recipiente primario.
- Adicionalmente, si las muestras son recolectadas en un punto de atención en el cual no cuentan con Laboratorio de Toxicología Forense, deben ser transportadas en condiciones que garanticen la cadena de frío, para lo cual se usarán neveras portátiles o contenedores de icopor, con hielo o gel refrigerante en bolsas plásticas.
- La solicitud de análisis y la documentación que la acompaña deben embalarse separadamente de las muestras biológicas.
- En todos los casos en los cuales se transportan muestras biológicas, se debe tener en cuenta lo dispuesto en la Norma Técnica Colombiana NTC 3969 “Transporte de Mercancías Peligrosas Clase 6: Sustancias Tóxicas e Infecciosas”^{121, 122}

4.4.5 Registro de cadena de custodia:

El perito médico que recolecta una evidencia o muestra para análisis forense, asume la responsabilidad de su custodia, así como la de diligenciar el respectivo “Registro de Cadena de Custodia” en los formatos establecidos para tal efecto, de conformidad con la reglamentación vigente sobre Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia¹²³.

Al momento de la entrega de las muestras o elementos materia de prueba recolectados a un nuevo custodio (secretaria o auxiliar, etc.), igualmente verificará que éste deje la constancia del traspaso en el respectivo registro de cadena de custodia, de acuerdo con los lineamientos ya mencionados para tal efecto (ver Actividad No. 1).

4.4.6 Solicitud de análisis al laboratorio de toxicología:

Al solicitar el análisis de laboratorio tenga en cuenta:

- Incluir en todos los casos, la fecha y hora de los hechos que se investigan (si se conoce), y la fecha y hora de la toma de la(s) muestra(s).
- Precisar los tipos de sustancias a investigar de acuerdo con la información del caso disponible, obtenida a partir de los documentos enviados por la autoridad, la entrevista realizada al examinado y el examen clínico.

121 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Op. Cit. 101

122 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Ciencias Forenses . Op. Cit. 117

123 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” (Resolución No. 0-2869 de 2003 de la Fiscalía General de la Nación), o “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio” (Resoluciones 0-6394 de 2004 y 0.2770 de 2005 de la Fiscalía General de la Nación), según el caso.





- Reportar los antecedentes médicos, psiquiátricos, farmacológicos y toxicológicos, que podrían dificultar el diagnóstico de embriaguez y/o su etiología; son especialmente importantes los antecedentes positivos de uso de medicamentos y la dosis terapéutica, así como los antecedentes de consumo de tóxicos por lo menos en la última semana.
- Cuando se recolecte orina para estudio, en la solicitud es importante anotar, en lo posible, si la muestra corresponde a la primera micción del examinado después de los hechos.
- Los formatos de registro de cadena de custodia establecidos por la Resolución 2770 del 30 de junio de 2005, de la Fiscalía General de la Nación, a su vez sirven para interconsulta a los laboratorios.¹²⁴

4.4.7 En todos los casos se registrará en los apartes correspondientes del informe pericial lo relativo a los procedimientos paraclínicos efectuados (determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor y/o recolección de muestras para análisis de laboratorio). Ver “Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica de embriaguez”, (Anexo 1).

Cuando se trate de un servicio de salud, igualmente se registrará en la respectiva historia clínica o epicrisis la recolección de las muestras biológicas o cualquier otro tipo de evidencia física¹²⁵.

4.5. DOCUMENTOS

4.5.1 DOCUMENTOS DE SOPORTE:

- Solicitud escrita de la autoridad y documentos asociados (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).
- Información consignada en los apartes previos del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.

4.5.2 DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Pruebas Paraclínicas Complementarias (Actividad 4).
- Formato de Consentimiento Informado previamente diligenciado, cuando sea el caso (Anexo 3).
- Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez (Anexo 1)

124 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dirección General. Circular No. 012-2005 DG. de agosto 5 de 2005. Asunto: “Implementación del Formato Único de Registro de Cadena de Custodia”.

125 Op. Cit. 118





- Cuadro “Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos” (Anexo 2)

4.5.3 DOCUMENTOS POR GENERAR:

- Apartes correspondientes del informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez.
- Registros sobre determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor (cuando
- Registros de Cadena de Custodia.
- Solicitud de análisis al laboratorio de toxicología.





Actividad No. 5

ENVÍO DEL INFORME PERICIAL Y ARCHIVO

5.1 OBJETIVOS

- Garantizar el envío seguro y oportuno del informe pericial al solicitante y el archivo eficiente de la copia del mismo con sus anexos, para permitir su consulta por personal autorizado cuando se requiera y asegurar su integridad, preservación y reserva.

5.2 RESPONSABLES

Es responsable del envío del informe pericial y archivo de la copia respectiva con sus anexos, el funcionario capacitado previamente para ello, a quién se le haya asignado esta función en el respectivo servicio forense o de salud.

5.3 CONDICIONES

- 5.3.1** El responsable del archivo debe verificar que el informe pericial y los documentos anexos aparezcan firmados por el perito responsable del examen médico legal.
- 5.3.2** Para garantizar la preservación, reserva e integridad de los documentos, de ser posible los lugares destinados para el archivo deben emplearse exclusivamente para esa finalidad. Teniendo en cuenta las características del material archivado (impreso, manuscrito o en medio magnético), se deben identificar y prevenir los factores de riesgo que puedan generar su pérdida, daño, adulteración o deterioro.





- 5.3.3** Los informes periciales deben ser archivados metódicamente, conforme a los lineamientos archivísticos, de tal forma que sea posible el acceso rápido y la consulta por parte de personal autorizado.
- 5.3.4** Los archivos deben ser administrados por un responsable, quien debe llevar sistemas de control para su actualización y consulta.
- 5.3.5** El responsable del archivo de los documentos derivados de la actuación pericial debe garantizar la custodia de los mismos y, por tanto, toda consulta que se efectúe de éstos debe hacerse por personal autorizado y quedar consignada en el registro respectivo.
- 5.3.6** Toda evidencia física o muestra recolectada, debe estar adecuadamente embalada y rotulada antes de su envío; además debe tener el respectivo registro de cadena de custodia diligenciado.

5.4. DESCRIPCIÓN

- 5.4.1 Recibir del perito el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez y los registros o reportes de pruebas paraclínicas ya efectuadas, así como el oficio petitorio y la documentación asociada (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).

Manejo de los elementos materia de prueba y muestras recibidas del perito, para su envío a los laboratorios forenses o entrega a la autoridad competente: cuando el perito además entregue muestras o evidencias físicas para remitir a los Laboratorios o entregar a la autoridad, el responsable del envío procederá de la siguiente manera:

- Recibir los elementos materia de prueba, junto con los respectivos Formatos de Cadena de Custodia y las solicitudes de interconsulta para análisis de laboratorio diligenciadas por el médico perito.
- Sin desempacar los elementos de su embalaje original, ni levantar las cintas ni sellos de seguridad, verificar la concordancia entre lo recibido y lo previamente registrado en el formato de cadena de custodia anexo al elemento, teniendo en cuenta lo mencionado en el numeral 1.4.4 de este Reglamento Técnico Forense.

En caso de encontrar alteraciones en el embalaje, sellos o rótulos, o que se presente alguna inconsistencia entre lo descrito en los apartes pertinentes del respectivo formato (incluyendo el registro inmediatamente anterior) y lo recibido, de conformidad con el Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia ¹²⁶, además de dejar la constancia respectiva en el espacio “Observaciones” del formato de cadena de custodia, se debe hacer (en lo posible) el respectivo registro fotográfico y reportar el hecho de inmediato a la autoridad competente y al jefe inmediato.

126 Resoluciones 0-2869 de 2003 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia” y 0-6394 de 2004 “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia para el Sistema Penal Acusatorio”, Fiscalía General de la Nación.





- Registrar el traspaso, diligenciando las casillas correspondientes del aparte “Registro de Continuidad de los Elementos Físicos de Prueba” del formato “REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA” recibido junto con el respectivo elemento, tal como se indicó en el numeral 1.4.4 de este Reglamento Técnico Forense.
- Almacenar en nevera, con las debidas seguridades, los elementos materia de prueba con sus respectivos formatos, mientras se hace la remisión o entrega.

5.4.2 Organizar el informe pericial separando el original de la primera y segunda copia.

5.4.3 Adjuntar al original y primera copia del informe pericial los respectivos anexos, para luego proceder a relacionarlos en la planilla de remisión o entrega.

5.4.4 Elaborar el registro o planilla de remisión o entrega de los informes periciales y sus anexos, así como de las solicitudes de interconsulta y elementos de prueba remitidos para análisis de laboratorio, cuando sea el caso y proceder al envío o entrega cumpliendo con la cadena de custodia.

Traslado de elementos materia de prueba y traspaso de la custodia: al momento de la entrega de las muestras o evidencias a un nuevo custodio, el responsable del envío o entrega igualmente verificará que quién recibe el elemento y la custodia, deje la constancia del traspaso en el respectivo registro de cadena de custodia, de acuerdo con los lineamientos ya mencionados para tal efecto (ver Actividad No. 1).

5.4.5 Adjuntar a la segunda copia del informe pericial, el oficio petitorio y la documentación asociada recibida con el mismo (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso), las copias de la documentación anexa al informe pericial (registros o reportes de pruebas paraclínicas efectuadas) y demás documentos relacionados con el caso para luego proceder a su archivo.

5.4.6 Archivar metódicamente, conforme a los lineamientos archivísticos, la copia del informe pericial con la totalidad de los documentos adjuntos, en un lugar seguro que garantice la conservación, preservación, reserva e integridad de los mismos.

5.4.7 Actualizar el sistema de control del archivo al ingreso, consulta o retiro de los documentos almacenados.

5.5 DOCUMENTOS

5.5.1 DOCUMENTOS A ENVIAR O ENTREGAR:

- Informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez, con sus anexos.





5.5.2 DOCUMENTOS POR ARCHIVAR:

- Oficio petitorio y documentos asociados (Ej. copia de la historia clínica, constancia de la Fiscalía sobre el carácter de imputado o su defensor del solicitante, según el caso).
- Copia del informe pericial con sus anexos.

5.5.3 DOCUMENTOS POR GENERAR

- Registro o planilla de envío o entrega del informe pericial y sus anexos.
- Registro o planilla de envío o entrega de las solicitudes de interconsulta y elementos de prueba remitidos para análisis de laboratorio (cuando sea el caso).
- Registros de cadena de custodia.





III ANEXOS







Anexo 1.

Protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General

**PROTOCOLO GUÍA PARA EL INFORME PERICIAL
SOBRE DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ**

Regional: _____ Seccional: _____ Unidad Básica: _____
Radicación No.: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Solicitante: _____
Oficio petitorio: _____ Previa o historial No. _____
Hecho que se investiga (según oficio petitorio): _____
Fecha y hora de los HECHOS: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____
Fecha y hora del EXAMEN : Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXAMINADO
Nombre completo del examinado(a): _____
Edad referida: _____ Documento de identidad: _____

Nota: En todos los casos tomar la huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar, en un extremo libre la solicitud escrita de examen de embriaguez.

DATOS DEL DEFENSOR PRESENTE:
Sólo si la persona por examinar es el imputado dentro de una investigación o proceso penal
Nombre completo del Defensor(a): _____
Tarjeta Profesional: _____ Firma del Defensor: _____

1. RESUMEN DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

1.1 Relato de los hechos y circunstancias relacionadas (hechos que generaron la solicitud del examen, actividades desarrolladas durante las horas inmediatamente anteriores a tales hechos, traumas físicos sufridos durante el evento, presencia de sintomatología, atención médica recibida, etc.) _____

1.2 Información adicional al comenzar el examen (documentos de autoridad, historia clínica, etc): _____

1.3 Antecedentes de importancia (médicos, psiquiátricos, farmacológicos, toxicológicos): _____

2. EXAMEN CLÍNICO

2.1 Presentación, porte, actitud, conducta motriz: _____



**2.2 Olores asociados: Aliento Alcohólico:**Negativo Discreto Evidente Dudoso

Otros (describe): _____

2.3 Sensorio: Estado de conciencia: _____

Orientación: _____

Atención: _____

Memoria: _____

2.4 Afecto: _____**2.5 Lenguaje:** Disartria: negativa discreta evidente Otras alteraciones: Si No Cuales (describe): _____**2.6 Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:**

2.7 Signos Vitales: Frecuencia cardíaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Presión arterial: _____ Temperatura corporal: _____

2.8 Talla: _____ **Peso:** _____**2.9 Piel y mucosas:** _____**2.10 Ojos: Congestión conjuntival:** Si hay: _____ No hay: _____Pupilas: Isocóricas mióticas midriáticas diámetro normal Anisocóricas Reflejo fotomotor: Normal Alterado **Convergencia ocular:** Normal Alterada **2.11 Reflejos Osteotendinosos:** Hiporeflexia Hipereflexia Normoreflexia **2.12 Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:**

- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz, dedo-dedo):

Normales Alteradas No se realizan

- Test de movimientos rápidos alternos:

Normal Alterado No se realizan

- Prueba de Romberg:

Normal Alterada No se realiza

- Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):

Normal Alterada No se realiza

- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:

Normal Alterada No se realiza **Observaciones:** _____





2.13 Evaluación de Nistagmus:

- Nistagmus Espontáneo: Presente leve evidente horizontal vertical
Ausente

- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo leve evidente horizontal vertical
Negativo No se realiza

- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo leve evidente horizontal vertical
Negativo No se realiza

Observaciones: _____

3. PRUEBAS PARACLÍNICAS:

3.1 Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor

Si se realiza Resultado: _____

Registros adjuntos: _____

No se realiza: _____

Observaciones: _____

3.2 Muestras recolectadas para estudio toxicológico:

TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO	DESTINO	
		Enviado a laboratorio de	Entregado a la autoridad

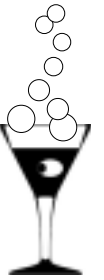
4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

Firma - Código del perito



**Anexo 2.****Recolección de muestras biológicas para análisis toxicológicos**

TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE MUESTRA	RECIPIENTE	ACCESORIOS PARA LA TOMA	CANTIDAD DE MUESTRA
ALCOHOLEMIA	SANGRE PERIFÉRICA	TUBO DE TAPA GRIS (FLUORURO DE SODIOOXALATO DE POTASIO)	AGUJA MULTIPLE PARA SISTEMA DE VACIO No. 21 o JERINGA DE 10 ml CON AGUJA.	DOS (2) TUBOS CON 4 o 7ml DE SANGRE (de acuerdo con la capacidad de los tubos disponibles)
COCAINA Y METABOLITOS, CANNABINOIDES, OPIACEOS, ANFETAMINAS, FENOTIAZINAS	SANGRE PERIFÉRICA	TUBO DE TAPA GRIS (FLUORURO DE SODIOOXALATO DE POTASIO)	AGUJA MULTIPLE PARA SISTEMA DE VACIO No. 21 o JERINGA DE 10 ml CON AGUJA.	DOS (2) TUBOS CON 4 o 7ml DE SANGRE (de acuerdo con la capacidad de los tubos disponibles)
BENZODIAZEPINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, ALCALOIDES, OTROS	ORINA	FRASCO DE POLIPROPILENO DE 60 ml		MÍNIMO 20 ml



Anexo 3. Formato de consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES PERSONALES

DCP- CI- 01-2004

Numero de radicación del caso: _____ Fecha y hora: _____
Día Mes Año Hora

Nombre completo de la persona a examinar:

o Nombre del Representante Legal (en casos de examen de menores o personas incapaces):

I. Yo, _____ una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos, otorgo en forma libre mi consentimiento

SI NO a: _____

(Nombre de la entidad que realiza el examen)

para la realización del examen médico legal de: _____

solicitado por: _____

II. Como parte de la realización de este examen médico legal autorizo efectuar:

- SI NO La extracción de sangre y otras muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.
- SI NO La toma de radiografías.
- SI NO La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordida.
- SI NO La realización del registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.
- SI NO La realización del registro en video de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de Identidad: _____ No. _____ de: _____





IV

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN Y CONOCIMIENTO DEL INSTRUCTIVO

Como responsable de la aplicación del “Reglamento Técnico Forense para la Determinación Clínica del Estado de Embriaguez Aguda”, Versión 01, dejo constancia de que lo recibí, leí y entendí. Igualmente de que lo conservaré y preservaré en su integridad y lo mantendré bajo custodia. Si lo reproduzco total o parcialmente, garantizaré que dicha reproducción esté actualizada, para evitar equívocos en su aplicación.

Fecha	Nombre	Profesión	Institución	Municipio y Departamento	Firma





**Diseño - Diagramación - Armada Electrónica
Grupo de Información y Divulgación**

Raúl Insuasty Mora
Coordinador

Manuel Guillermo Castañeda Montenegro
Diseñador Gráfico

Diciembre 2005