

# Certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas

Héctor Barreiro Ramos,<sup>1</sup> Adriana Barreiro Peñaranda,<sup>2</sup> Eugenio Fernández Viera<sup>3</sup> y Ofelia Marrero Martín<sup>4</sup>

Dentro de los llamados procedimientos medicolegales<sup>1</sup> que tiene que cumplir el médico de asistencia, está el certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas, establecido por la Resolución 39 del Ministro de Salud Pública que es explícita en su segundo Resuelvo, cuando dice: " Poner en vigor con carácter general y obligatorio en todas las unidades del Sistema de Salud el Certificado Médico de Reconocimiento por Ingestión de Bebidas Alcohólicas" ..., que luego sigue señalando que el mismo se realizará *a petición expresa de la autoridad*, y por último agrega la obligación de realizar el examen clínico de acuerdo con la guía que aparece al dorso del modelo.

## Desarrollo

Podemos agregar como otro basamento legal de esta actuación el Código de Viabilidad y Tránsito, (actualizado) por el Decreto Ley No. 231 del 12 de diciembre de 2002,<sup>2</sup> que plantea en varios artículos cuestiones relacionadas con este proceder:

Artículo 79.1.- Cuando un conductor cometa una infracción del tránsito conduciendo un vehículo de uso personal y haya ingerido bebidas alcohólicas, se le duplicará el importe de la multa correspondiente a la infracción cometida.

Artículo 79.2.- Si se tratase de un conductor de vehículo de carga o de transporte colectivo de pasajeros o de un conductor profesional, el simple hecho de conducir después de haber ingerido bebidas alcohólicas, será sancionado con la suspensión de la licencia de conducción por no menos de 90 días y no mayor de 1 año. Si, además, comete una infracción del tránsito también se le impondrá la sanción establecida en el apartado anterior.

Artículo 96.- Se prohíbe al poseedor legal o persona encargada por cualquier concepto de un vehículo, conducir o permitir que otro conduzca:

1. Cualquier vehículo destinado a carga o transporte colectivo de pasajeros, cuando haya ingerido bebidas alcohólicas.
2. Cuando haya ingerido bebidas alcohólicas, en todos los casos que el conductor actúe en su condición de chofer profesional.

El Código Penal actualizado<sup>3</sup> señala:

Artículo 181.1- Incurre en sanción de privación de libertad de 3 meses a 1 año o multa de 100 a 300 cuotas o ambas el que:

- a. Conduzca un vehículo encontrándose en estado de embriaguez alcohólica, o bajo los efectos de la ingestión de drogas tóxicas o sustancias alucinógenas, hipnóticas, estupefacientes, u otras de efectos similares.
- b. Permita que otra persona en estado de embriaguez alcohólica, o bajo los efectos de la ingestión de drogas tóxicas, o sustancias alucinógenas, hipnóticas, estupefacientes u otras de efectos similares, conduzca un vehículo del que esté encargado por cualquier concepto.

Artículo 181.2 - Se sanciona con privación de libertad de 1 a 3 meses o multa hasta 100 cuotas o ambas al que:

- a. Conduzca un vehículo habiendo ingerido bebidas alcohólicas en cantidad suficiente para afectar su capacidad de conducción, aunque sin llegar al estado de embriaguez.
- b. Permita que otro conduzca un vehículo de su propiedad o del que esté encargado por cualquier concepto, a sabiendas de que ha ingerido bebidas alcohólicas, que sin llegar al estado de embriaguez le han afectado su capacidad de conducción.

Artículo 181.3.-Si el delito se comete por un conductor de vehículo de carga o de transporte colectivo de pasajeros, o un conductor profesional que actúe como tal, la sanción será:

- a. Privación de libertad de 6 meses a 2 años, o multas de 200 a 500, o ambas en el caso del apartado 1.
- b. Privación de libertad de 3 meses a 1 año, o multa de 100 a 300 cuotas, o ambas en el caso del apartado 2.

Sabemos que los accidentes de tránsito son uno de los factores que más afectan a la población, <sup>4</sup> y que el alcohol es su amigo íntimo; <sup>5</sup> por ello es de suma importancia la toma de muestras para el estudio de la alcoholemia, porque nos dice las condiciones en que se hallaba el conductor o la víctima en el momento del accidente (Fournier Ruiz IG. Medicina Legal en Preguntas y Respuestas. La Habana. ISCMH,1987. p.45-87).

Entre los parámetros y técnicas del examen clínico podemos citar hacer solo el examen a petición de la autoridad competente, cerciorarnos de que el examinado no esté masticando "algo" mientras tomamos los datos generales, y ese "algo" tiene que botarlo, al igual que si está fumando. Luego se deben esperar unos 10 minutos para oler su aliento, por lo que se recomienda, continuar con el resto del examen, y luego pedirle que realice una inspiración profunda y expire lentamente.

Durante el interrogatorio y examen, se deben descartar traumas craneales o de miembros que puedan alterar algunas pruebas, como también si tiene un padecimiento crónico, agudo, o defecto físico en las extremidades, hay que profundizar en las maniobras que se pueden hacer y acentuar más la observación.

Las maniobras que sean imposibles o dolorosas se descartan, pero se explica por qué no se realizan. Se sobreentiende que el médico no está limitado a las maniobras que obran al dorso del modelo oficial, y por tanto, puede hacer las que entienda necesarias para arribar a un diagnóstico.

Si se va a extraer sangre para estudio de alcoholemia, debe ser inmediatamente después del examen clínico, al igual que si se va a tomar muestra de orina. Este examen clínico debe contemplar disímiles aspectos:

*Aliento etílico:* Será apreciado por el médico examinador al aproximar la nariz a la boca del examinado lo más cercana posible, aunque en ocasiones no es necesaria dicha maniobra por lo evidente del aliento durante el interrogatorio.

*Maniobras imprecisas:* Para ello se puede volcar una caja de fósforos sobre una mesa o camilla, y se le pide al sujeto que vaya cogiendo los fósforos uno por uno sin hacer contacto con los otros (juego de palitos chinos). Se observan las dificultades del examinado, y en base a ello, se concluirá si la afectación es ligera, moderada o severa.

*Disminución de la atención:* Se puede comprobar durante el interrogatorio, ya que el examinado desvía su atención hacia otras actividades circundantes; además, se medirá su capacidad de concentración indicándole que cuente en retroceso.

*Alargamiento del nistagmo de rotación:* Se precede a sentar al paciente en una silla giratoria cualquiera o quedarse de pie, y después de varias vueltas en el mismo punto, se le detiene para explorar la duración del nistagmo, anotándose los resultados que serán consideradas como ligero a moderado si dura de 9 a 19 s, y severo si se mantuviera 20 s o más.

*Disminución de la sensibilidad corneal:* Puede explorarse soplando directamente y de cerca sobre los ojos abiertos del examinado, para observar si tiende a cerrarlos de inmediato o no. Debe realizarse por sorpresa, aunque en ocasiones resulta difícil su apreciación.

*Euforia:* Se valorará con cuidado, pues generalmente no se conoce la personalidad del examinado, aunque pueden existir elementos que indiquen otro estado de alteración de la conducta, como es la agresividad o el distanciamiento, entre otros.

*Hipo, náuseas y vómitos:* Estos elementos pueden ser comprobados por el médico examinador o por referencias del agente de la autoridad, como también por el interrogatorio al propio examinado.

*Lenguaje tropeloso e inmotivado:* Se apreciará durante el interrogatorio y el examen.

*Marcha atáxica (en zigzag):* Es expresión de una alteración de la coordinación, y se expresa por la tendencia caerse hacia delante, hacia atrás o a los lados (anteropulsión, retropulsión y lateropulsión respectivamente).

*Romberg positivo:* Se realizará el Romberg simple, en el cual es muy importante el balanceo que

presenta en el examinado. También se hará el sensibilizado. Igualmente debe valorarse la edad y el estado emocional del individuo, así como la existencia de enfermedades de base o traumas que puedan interferir.

*Incoordinación motora de extremidades:* Se explora la coordinación dinámica a través de las pruebas siguientes:

Miembros superiores: índice \_\_\_ índice    índice \_\_\_ nariz

Miembros Inferiores: talón \_\_\_ rodilla

*Sueño constante:* Nos indica una embriaguez marcada, y se ve a veces aún cuando el examinado está de pie.

*Desorientación en tiempo y espacio:* Se comprobará mediante el interrogatorio, y constituye un signo de embriaguez marcada, cuando está presente.

*Pérdida del conocimiento:* Resulta evidente su observación, pero deberá descartarse que no responda a otra causa, sobre todo, en los sujetos lesionados con trauma craneal.

La interpretación y manera de informar preferimos, de forma didáctica, separarlas en dos tipos de signos. La llamada **de ingestión**, que es cuando hay aliento etílico presente, y están alteradas de manera ligera a moderada las maniobras manuales, cuando se aprecia una atención disminuida, el reflejo corneal y el nistagmo de rotación (de 9 a 19 s), o también si estamos en presencia de incoordinación motora. Si se dan uno o varios de estos elementos, decimos que presenta signos de haber ingerido bebidas alcohólicas, pero que no se encuentra en estado de embriaguez; mientras que si no se demuestran ninguno de estos, concluimos que no presenta signos de haber ingerido bebidas alcohólicas.

El segundo, conocido como **de embriaguez** se da si el examinado presenta, además de alguno de los signos anteriores, lenguaje tropeloso e inmotivado, y las pruebas han estado muy alteradas, (maniobras manuales severamente imprecisas, atención muy disminuida, hipo, náuseas, vómitos, marcha atáxica, Romberg positivo, incoordinación severa, nistagmo de rotación severo de 20 s o más, sueño constante o pérdida del conocimiento). Con estos resultados concluiremos que el sujeto se encuentra en estado de embriaguez.

Como se ve, no hay que concluir si está o no apto para conducir, ya que esto en las condiciones actuales, el médico no lo puede asegurar.

### **Diagnóstico diferencial con la intoxicación por marihuana**

De todo lo revisado,<sup>6-9</sup>, preferimos lo descrito por *Fournier*<sup>6</sup> como Complejos Clínicos de la Intoxicación Cannábica Aguda, donde señala 4 tipos:

El oculoparpebral: Midriasis, congestión conjuntival y blefarostenosis. En la intoxicación alcohólica

aguda puede haber midriasis y anisocoria,<sup>7</sup> pero más frecuentemente hay miosis.<sup>8</sup> La congestión conjuntival se aprecia en ambos, pero la blefarostenosis del alcoholismo es menor y reaccional, mientras la del cannábico es fija todo el tiempo que dura la intoxicación. En el alcoholismo es muy frecuente el nistagmo y la reacción pupilar a la luz ordinaria suele estar ausente; sin embargo, en la intoxicación cannábica hay fotofobia, en la oscuridad suelen presentarse ilusiones y alucinaciones terroríficas, lo que no es frecuente en la intoxicación alcohólica aguda. En la intoxicación cannábica existe, por resequead de las mucosas, dificultad para los movimientos oculares.

**El dinamolocomotor:** Hay agitación motriz, y se diferencia de la intoxicación alcohólica en que sus movimientos son firmes al igual que su marcha, y no hay incoordinación como en el alcohólico. Tampoco está perturbada la conciencia, solo que esta no puede controlar la agitación, mientras que en el alcoholismo sí se da esta perturbación, aunque como en este caso también, con frecuencia las nociones del tiempo y espacio se pierden en alguna medida.

**El complejo rinobucofaríngeo:** Está caracterizado por la sequedad de las mucosas, la dificultad para escupir que contrasta con el saliveo del embriagado, y el aliento se ha comparado con el de *heno quemado* o *hierba seca*, etc. En ambos casos suele haber náuseas y vómitos, mientras que el hipo es propio del embriagado.

**El complejo neuropsíquico:** Es el más variable, pero se señala con mucha frecuencia la euforia profunda, amplia, inmotivada y la risa tonta. También se presenta distorsión de las percepciones sensoriales, un aumento de la sensibilidad para los sonidos y los colores, los detalles aparecen exagerados, pérdida de la noción del tiempo, sensación de ingravidez, aumento de las capacidades psíquicas superiores y de la sensibilidad táctil, estado de ansiedad y la presencia de síntomas paranoides. Hay sudoración profusa y taquicardia, tendencia a la hipertensión, los ruidos, las luces, etc., que a su vez dan lugar a ilusiones y alucinaciones. Se presenta también horripilación de la piel.

No es ocioso señalar que la embriaguez alcohólica cursa que por 3 períodos clásicos, que son en primer lugar el conocido como del *cordero* o *del mono*, donde se destaca la euforia, la alegría, la locuacidad, la exaltación, la hiperactividad y el excitación. El segundo, llamado *médico legal* o *del león*, en el que disminuyen las facultades intelectuales, se pierde el autocontrol, aparece excitación sexual con impotencia genital, la mirada es apagada, la palabra se torna pastosa, la visión es doble, hay incoordinación de los movimientos, irritabilidad y agresividad; y el tercero, llamado *del cerdo*, caracterizado por el hipo, las náuseas, el vómitos, el babeo, la somnolencia, el sueño profundo o el coma.

### **Diagnóstico con la intoxicación con metanol**

Después de un período asintomático un entre 8 y 12 h, comienza una ligera embriaguez con malestar, cefalea, vómitos, vértigos, astenia, somnolencia, taquicardia, cólicos violentos, disnea, cianosis, sequedad bucal, disminución progresiva de la visión, convulsiones, coma, y trastornos respiratorios que pueden llevar a la muerte.

No obstante, si esto no bastara para dar un diagnóstico certero, deben realizarse pruebas de laboratorio que dirán la última palabra, aunque para los análisis toxicológicos se debe saber tomar las muestras debidamente.

La extracción, por ejemplo, se hará por las técnicas tradicionales, o sea por punción venosa superficial en la zona del antebrazo, sin usar el alcohol como antiséptico (que aunque se ha demostrado que no influye, es preferible no usarlo), y la aguja, la jeringuilla y el frasco tienen que haber sido esterilizados por efecto del calor. Se deben extraer como mínimo 10 mL. Si no disponemos de los frascos especiales con agujas acopladas, al vacío y con anticoagulante sólido, podemos usar los frascos de colirio, la mayoría de 8 mL, esterilizados y con sus tapas, llenados hasta rebosar, y tapados herméticamente. El anticoagulante ideal es el sólido (citrato o fluoruro de sodio 0,8 mg por 10 mL de sangre), de lo contrario usar la heparina (1 gota por cada 5 mL). El frasco se identificará con un número de expediente, el nombre del peritado, la fecha y hora de la extracción, además de una remisión según modelo propuesto por el Instituto de Medicina Legal.

Obviamente, lo ideal es realizar el análisis de inmediato, de lo contrario, mantener el frasco en temperatura de 0 a 40 °C, y en última instancia, puede mantenerse en un lugar fresco hasta su envío al laboratorio.

## Conclusiones

Hasta aquí hemos visto la importancia de confeccionar correctamente este certificado que forma parte de los deberes del médico de asistencia, así como los basamentos legales que nos obligan a esta actuación. También se exponen los parámetros de su confección, cómo realizar el examen, cómo informar su diagnóstico diferencial con la intoxicación por la marihuana, y cómo es el mecanismo para las tomas de muestras y su conservación. Todo esto, aplicado correctamente, eleva la eficiencia en un proceder muy importante de nuestro trabajo.

## Referencias bibliográficas

1. Lancis Sánchez F. Lecciones de Medicina Legal. La Habana: Andrés Boisin; 1970.p. 3-5.
2. Asamblea Nacional del Poder Popular. Decreto-Ley 231 Modificativo de la Ley No. 60, Código de Viabilidad del Tránsito. La Habana: Ed. Especial; 2002.
3. Cuba Ministerio de Justicia. Código Penal Cubano Actualizado. La Habana: MINJUS 1999.p. 149-55.
4. Volkov MN. Aspectos médicos y sociales de la prevención y tratamiento de los accidentes. Cron de la OMS 1973; 27: p.316- 27.
5. Lancís Sánchez F. Nociones de Medicina Legal. La Habana: Fiscalía General de la República de Cuba. 1970. p.163.
6. Fournier Ruiz IG. Los complejos clínicos de la intoxicación cannábica aguda. Act Med Legal. 1981; 1 (2): 25.

7. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 2da ed. Valencia: Editorial Saber; 1983. p.140-7.
8. Pedro Pons A. Patología y clínica médica. 3ra ed. Vol. 6. Barcelona: Salvat; 1969; p.1130-3.
9. Simonín C. Medicina legal judicial. 2da ed. Barcelona: JIMS; 1966. p 572-5.

Recibido: 22 de julio de 2004. Aprobado: 2 de diciembre de 2004.

Dr. *Héctor Barreiro Ramos*. Calle 19 # 1362 entre 24 y 26 apto 25, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>1</sup>**Especialista de II Grado en Medicina Legal. Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.**

<sup>2</sup>**Especialista de I Grado en Medicina Legal.**

<sup>3</sup>**Especialista de I Grado en Medicina Legal. Centro Provincial de Medicina Legal de La Habana.**

<sup>4</sup>**Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.**