

MUERTE POR DELIRIO AGITADO. PRESENTACIÓN DEL CASO Y APORTES DE UNA EXHUMACIÓN**DEATH BY EXCITED DELIRIUM. PRESENTATION OF THE CASE AND CONTRIBUTIONS OF AN EXHUMATION**Echandi F.^{1,2}Saccomanno L.³Rodeyro J.^{2,5}Acuña A.^{4,6}

1. Cuerpo Médico Forense de Río Gallegos, Tribunal Superior de Justicia de la provincia de Santa Cruz, Argentina.
2. Escuela de Medicina de la Universidad de Magallanes, Chile.
3. Asesor externo del Programa de Ciencia y Justicia, CONICET. Docente del Master en Medicina Legal de la Universidad de Valencia, España. Director del curso bianual: "Escuela para Forenses", San Carlos de Bariloche, Argentina.
4. Facultad Regional Santa Cruz, Universidad Tecnológica Nacional, Argentina.
5. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile; Escuela de Enfermería de la Universidad de la Patagonia Austral, Argentina.
6. Laboratorio Regional de Investigación Forense, Río Gallegos, Tribunal Superior de Justicia de la provincial de Santa Cruz, Argentina.

Correspondencia: franciscoechandi@hotmail.com

Resumen: Frente a la privación de la libertad de una persona es el Estado quien se posiciona como garante de la vida y de su integridad física por lo que frente a la muerte bajo su guarda es el Estado quien tiene la obligación de proveer una explicación satisfactoria y convincente de lo sucedido ya que aquella representa un ejemplo típico de muerte sospechosa de criminalidad. Presentamos el caso de una muerte en custodia de una persona privada de su libertad por disturbios en la vía pública donde los hallazgos de la autopsia y de la exhumación no demostraron patología orgánica o trauma idóneo para causar la muerte.

Palabras clave: delirio agitado, exhumación, muerte en custodia.

Abstract: Faced with the deprivation of liberty of a person, it is the State that positions itself as the guarantor of life and physical integrity, so when faced with death under its custody, it is the State that has the obligation to provide a satisfactory and convincing explanation of what happened since it represents a typical example of death suspected of criminality. We present the case of a death in custody of a person deprived of liberty due to disturbances on the public highway where the autopsy and exhumation findings did not demonstrate organic pathology or suitable trauma to cause death.

Key words: excited delirium, exhumation, death in custody.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En horas de la madrugada es detenido por las fuerzas públicas de seguridad, un individuo varón, adulto joven con índice de masa corporal aumentado que se encontraba desnudo, por momentos amenazando a los gritos, en otros de manera ininteligible, de conducta agresiva y desorganizada y con una fuerza inusitada que requirió el auxilio de varios funcionarios para su contención.

Es esposado, de manera dificultosa por movimientos activos del detenido, con el individuo contra el suelo y ambas manos por detrás de sus caderas y trasladado a la dependencia policial, donde fallece minutos después de su

ingreso, en posición decúbito ventral con ambos miembros superiores inmovilizados en la posición mencionada. (fig. 1).



(Figura 1) Fallece en decúbito ventral y esposado hacia atrás. La posición del cuerpo fue modificada cuando llega el servicio médico para la constatación del óbito.

Durante la inspección ocular se describe la presencia de un complejo lesional conformado por equimosis, excoriaciones, lesiones figuradas y la presencia de abundante polvillo en el cuerpo de la víctima, producto de la reptación al momento de la restricción y del forcejeo.

La autopsia judicial fue realizada por un médico forense acompañado de su técnico auxiliar y en ausencia de funcionarios relacionados con el proceso legal que se estaba iniciando.

Al examen externo del cadáver (descripción del forense durante la autopsia) se describió un individuo de “...170 centímetros de altura, 80 a 85 kg de peso corporal, pupilas dilatadas con conjuntivas hemorrágicas y cianosis cérvico-facial y del tercio superior del tronco...”

En las fotografías siguientes se describen las lesiones de la piel. (fig. 2, 3, 4 y 5).



(Figura 2) Equimosis y excoriaciones vitales. Espuma mezclada con sangre en la cavidad oral y ambas narinas.



(Figura 3) La restricción fue un evento con gran dinamismo y requirió el auxilio de varios agentes debidos a la presencia de una fuerza inusitada.

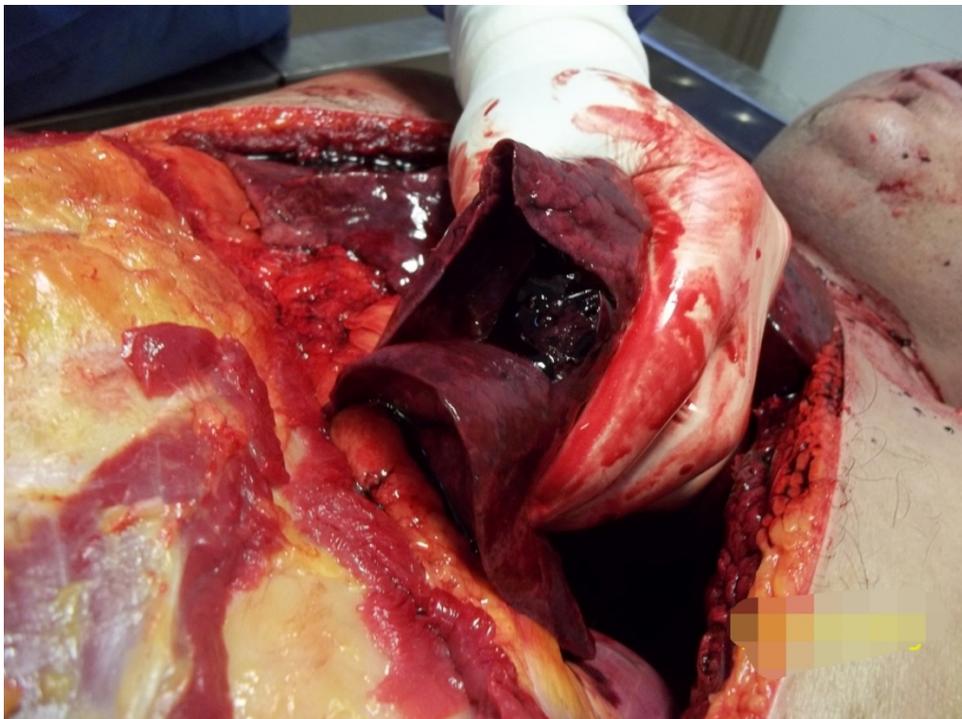


(Figura 4) Presencia de lesiones figuradas en la región inguinal y a nivel de la línea axilar posterior y de la espina iliaca pósterosuperior izquierda.

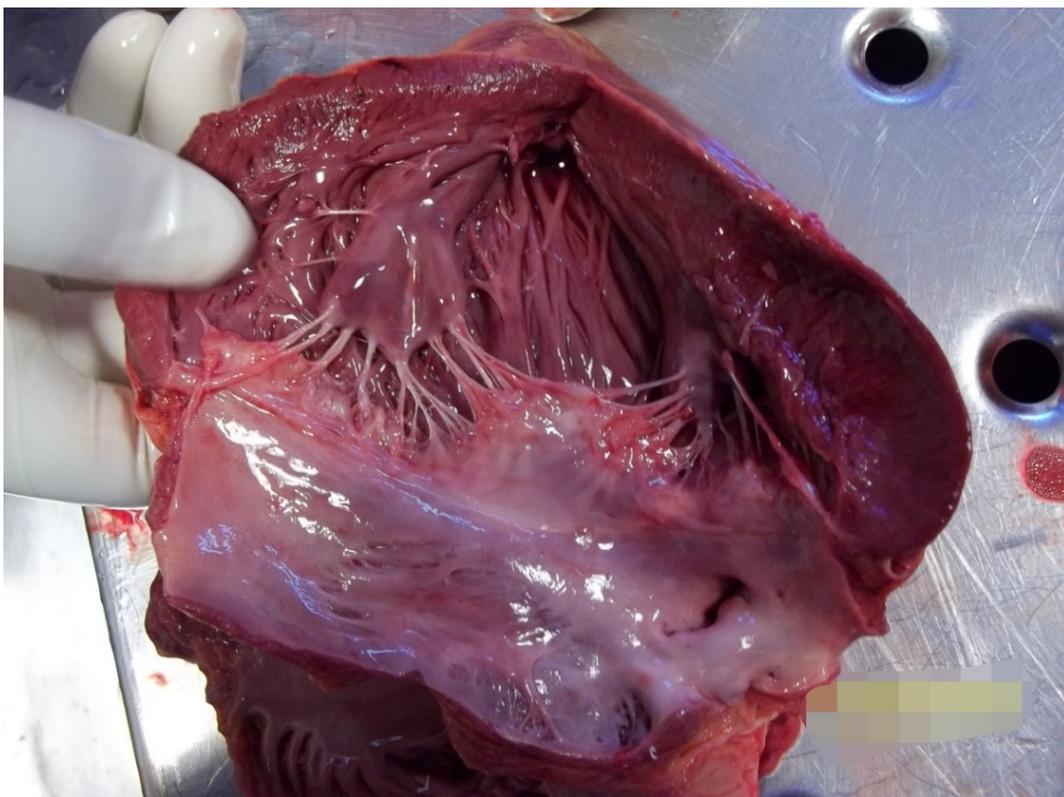


(Figura 5) Excoriaciones en la región anterior de la rodilla derecha.

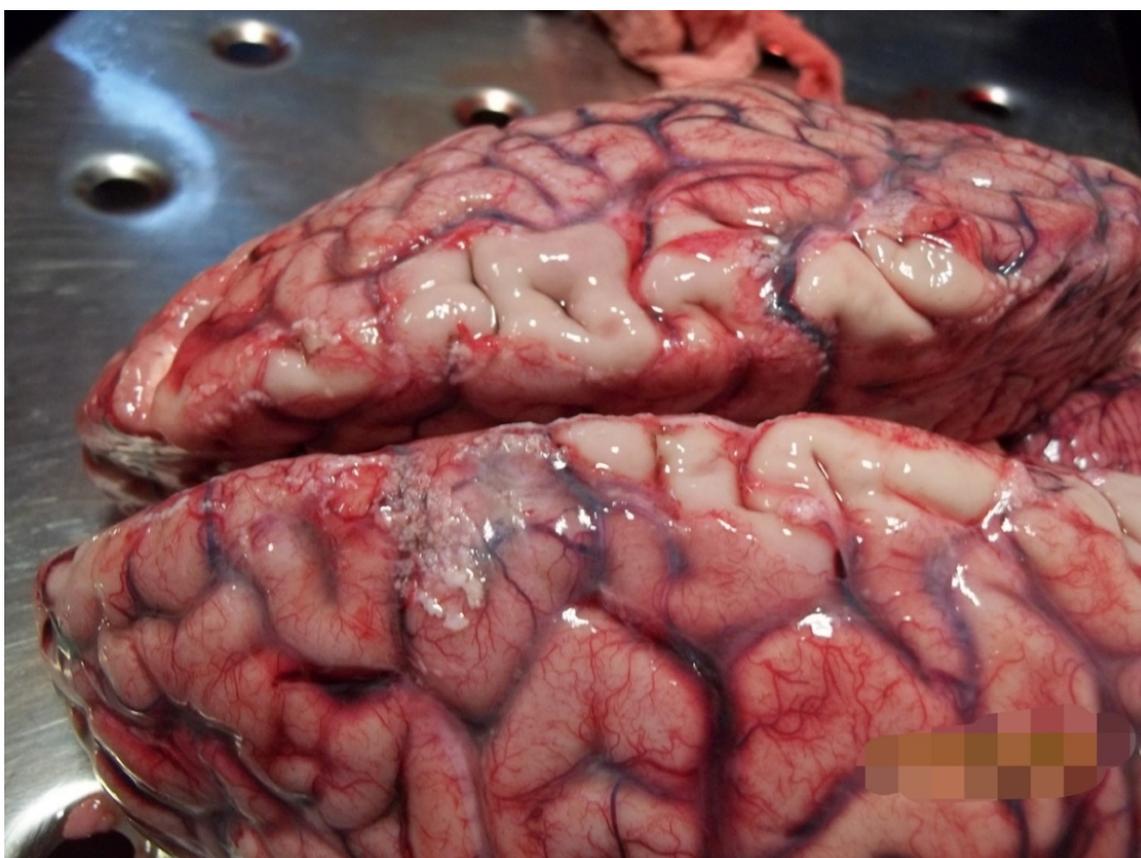
El examen interno (descripción del forense durante la autopsia) destaca “...la presencia de pulmones congestivos y tráquea sin lesiones traumáticas con escaso contenido líquido de tinte rosado, con olor a alcohol y acidez gástrica...” y determina que la causa de la muerte fue por “...asfixia por bronco-aspiración del contenido gástrico...” (fig. 6, 7, 8, 9, 10 y 11).



(Figura 6) Congestión pulmonar con salida de espuma mezclada con sangre a la expresión del parénquima.



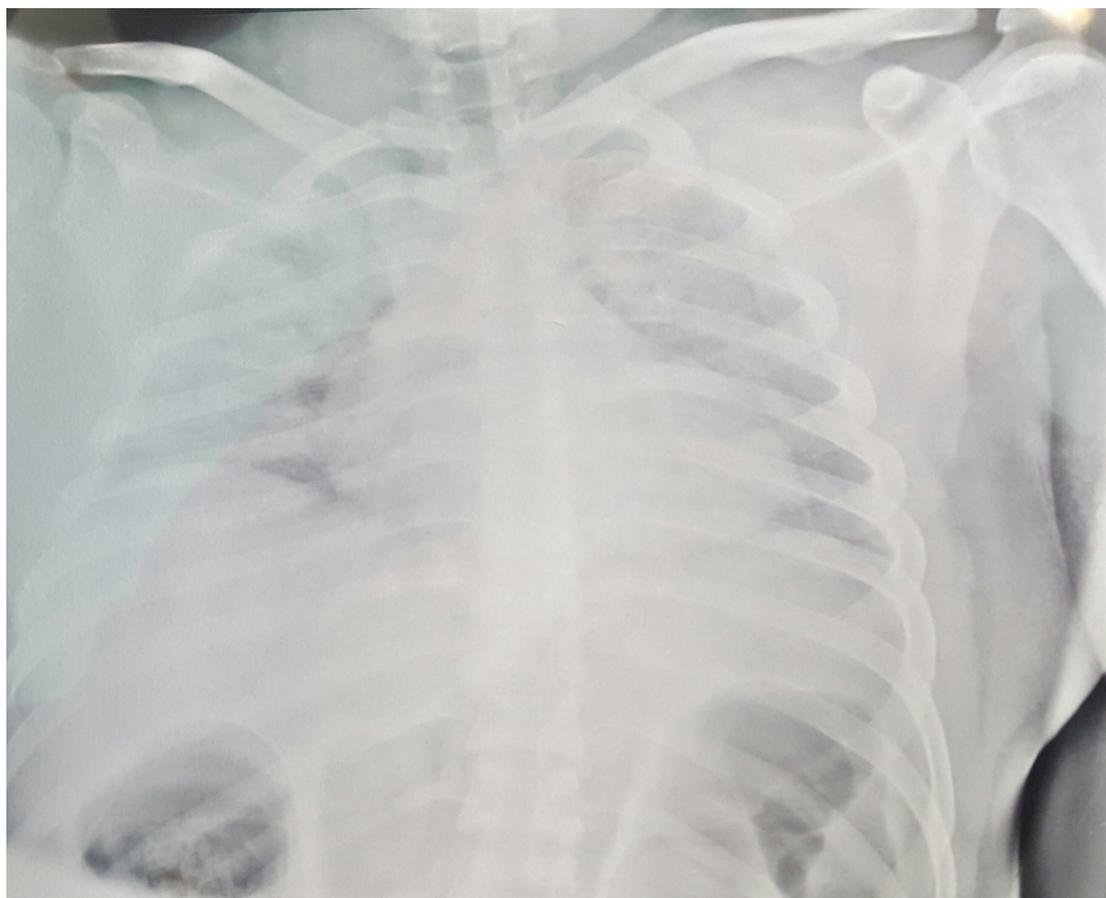
(Figura 7) Apertura del corazón sin hallazgos macroscópico de cardiopatía estructural.



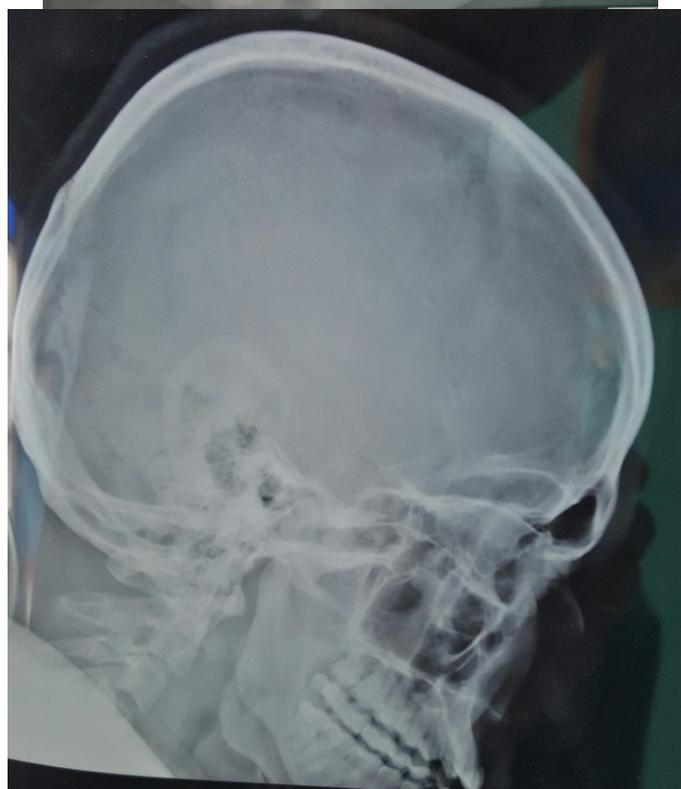
(Figura 8) Encéfalo con congestión vascular subaracnoidea y ausencia de lesiones traumáticas.



(Figura 9) Parénquima cerebral con ausencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas.



(Figura 10) La radiografía de tórax muestra ausencia de fracturas óseas y de lesiones penetrantes en la cavidad torácica y en el abdomen superior.



(Figura 11) Las radiografías de cráneo muestran ausencia de fracturas óseas y de lesiones penetrantes en la cavidad craneal y en el macizo máxilo-facial.

El resultado del laboratorio de toxicología demostró la presencia 0.98 g/l de alcohol por cromatografía gaseosa y cocaína en humor vítreo por inmunocromatografía de un solo paso.

El caso se instala en la comunidad y junto a la difusión del mismo a través de los medios de prensa y las redes sociales, las conclusiones de la autopsia toman estado público, comienzan diversos reclamos y violentas protestas sociales que cuestionaban el accionar de las fuerzas públicas de seguridad.

Por lo anterior, se ordena la exhumación del cuerpo por un segundo equipo de forenses a 30 días de su inhumación.

Exhumación.

La exhumación³ fue realizada por un segundo equipo de forenses y la custodia del cuerpo por una fuerza pública de seguridad diferente a la que estaba siendo cuestionada.

La misma fue filmada y fotografiada. Se llevó a cabo con la participación de tres médicos forenses y su cuerpo de técnicos auxiliares, magistrados y funcionarios del Poder Judicial provincial, abogados y peritos médicos de parte sin la participación de familiares directos por negativa de los mismos.

Se siguieron las normas del Protocolo de Minnesota⁴, Protocolo de Estambul⁵, apertura del cuerpo con técnica de Virchow y evisceración del block visceral total que se envió al laboratorio de histopatología forense. (fig. 12 y 13).



(Figura 12) Cadáver después de 30 días de inhumación en estado de putrefacción y colonias micóticas.



(Figura 13) Evisceración visceral total post exhumación.

El aporte fundamental de la exhumación fue:

- 1) Enmarcar el caso y el tratamiento del cuerpo acorde a los protocolos internacionales establecidos.
- 2) Corroborar los hallazgos descritos en la autopsia.
- 3) proveer al laboratorio de histopatología forense del pool de órganos necesarios para el análisis microscópico.
- 4) Establecer la causa de la muerte.

1) Enmarcar el caso y el tratamiento del cuerpo acorde a los protocolos internacionales establecidos

En *Torres Millacura y otros vs Argentina*⁶ la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció que la demora con fines identificatorios constituye en sí misma una privación de la libertad con lo cual, frente a las siguientes situaciones,⁷ el médico forense debe seguir estrictamente las normas establecidas por el Protocolo de Minnesota ya que en toda muerte en privación de la libertad, al ser el Estado el garante de la integridad física y la vida de esa persona, deben indagarse si estuvieron dadas todas las garantías constitucionales para evitar la muerte en ese contexto y, en todo caso, si no hubieron maniobras positivas por parte de los funcionarios para ejecutarlas. Las mencionadas situaciones son:

1-a) Las muertes producidas durante la detención y en enfrentamientos con las fuerzas de seguridad.

1-b) Las muertes de internos en centros de detención y prisión, así como también en centros de internación de menores (incluyendo fugas o intentos de fuga).

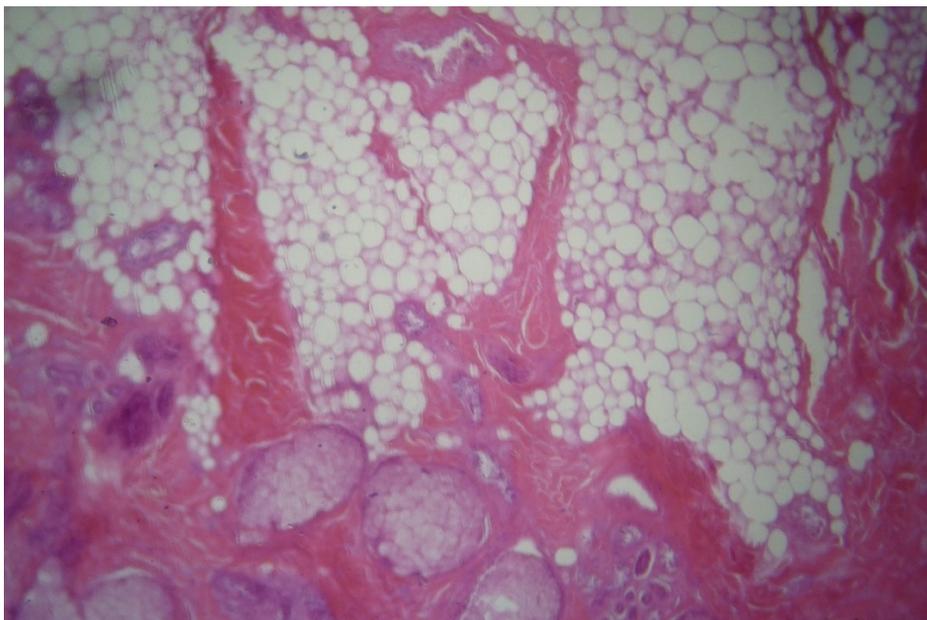
1-c) Las muertes de personas ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos y, agregamos

1-d) Las muertes de privados de su libertad ocurridas en un hospital o centro de salud por haber sido trasladados para su atención médica.

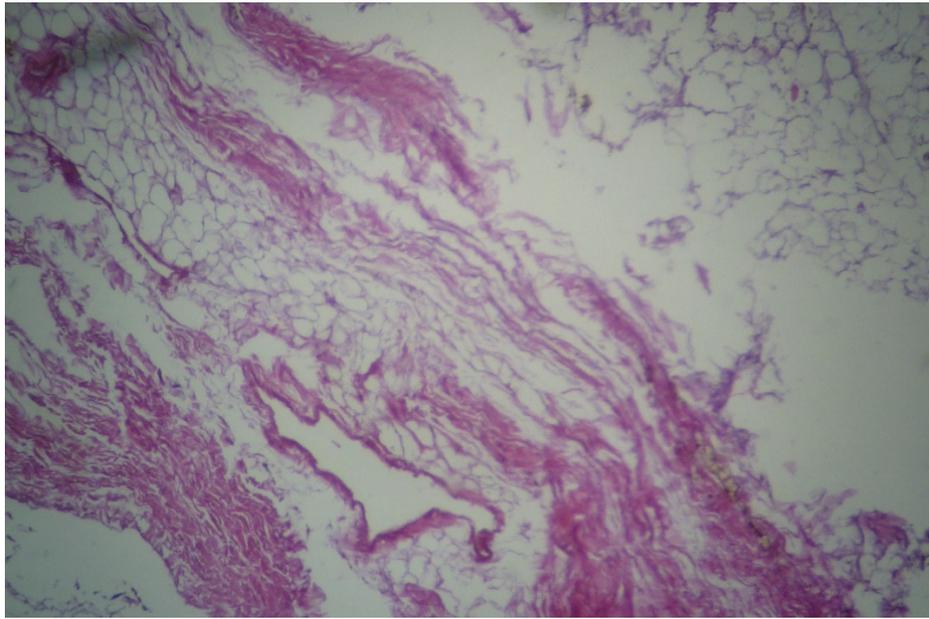
2) Corroborar los hallazgos descritos en la autopsia

A pesar de los 30 días transcurridos de la inhumación las lesiones de la piel se mantuvieron intactas pudiendo ser analizadas a ojo desnudo y por microscopía óptica certificando que las descripciones de la autopsia fueron adecuadas, esto es: las mismas estaban asociadas al forcejeo durante la restricción y no fueron idóneas para causar la muerte.

Una de las equimosis de la región frontal a la microscopía revelaba áreas de hemorragia difusa a nivel dérmico con preservación de las estructuras de todos los anexos. (fig. 14)

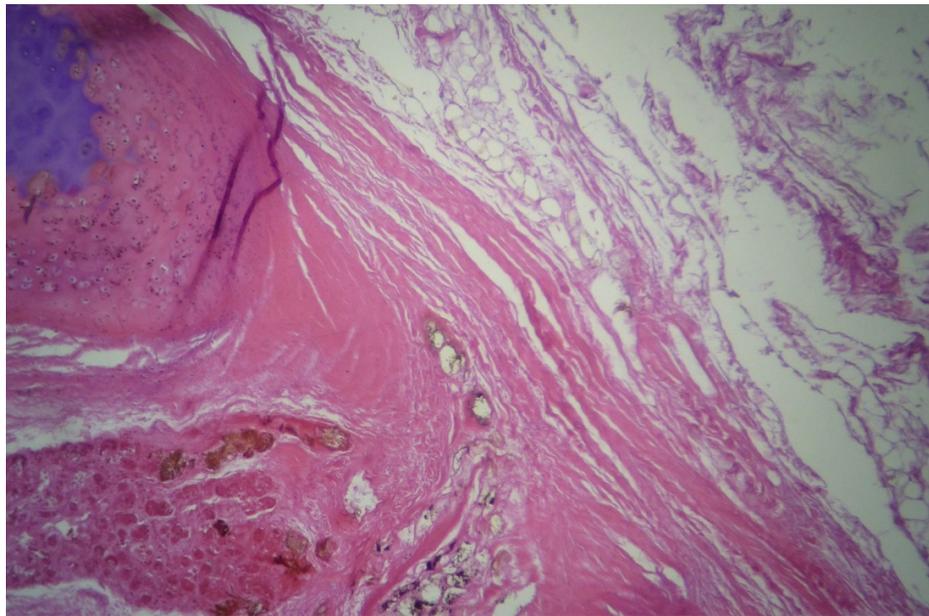


(Figura 14) Hematoma no organizado subdérmico de la región frontal con estructuras glandulares de la piel.



(Figura 15) Tejidos blandos peri traqueales sin lesiones.

La exhumación demostró la ausencia de torturas durante la detención^{8,9} y que la causa de la muerte no fue la “*asfixia por bronco-aspiración del contenido gástrico*”, afirmación que se discutirá más adelante en esta presentación y que en la génesis de aquella intervinieron otros mecanismos a tener en cuenta. (fig. 15 y 16).



(Figura 16) Anillo traqueal y tejidos blandos sin laceraciones ni sectores de hemorragias.

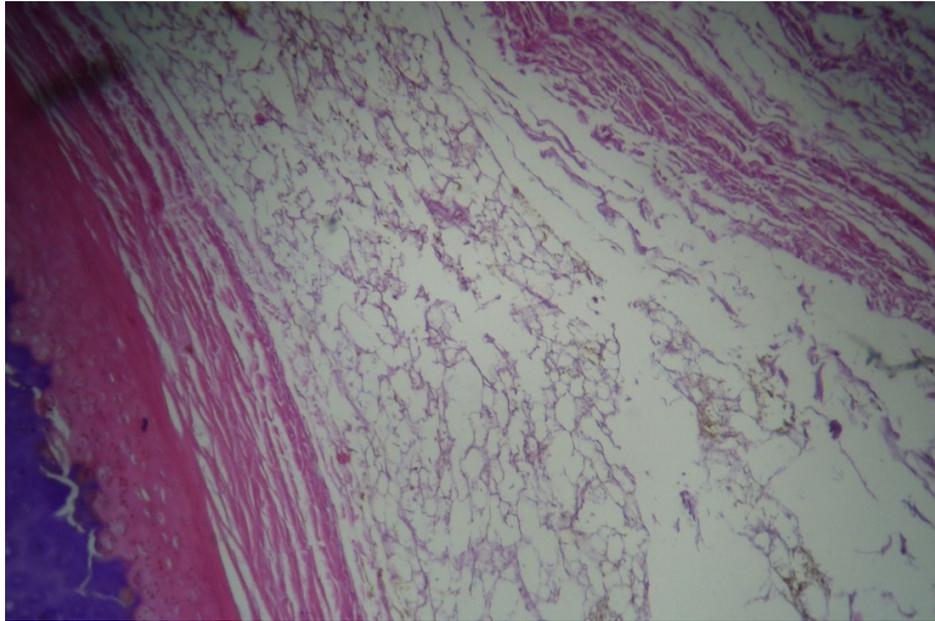
3) Proveer al laboratorio de histopatología forense del pool de órganos necesarios para el análisis microscópico

A excepción del cerebro, de las glándulas suprarrenales y del bazo, la mayoría de los órganos pudieron estudiarse en el laboratorio de histopatología forense.

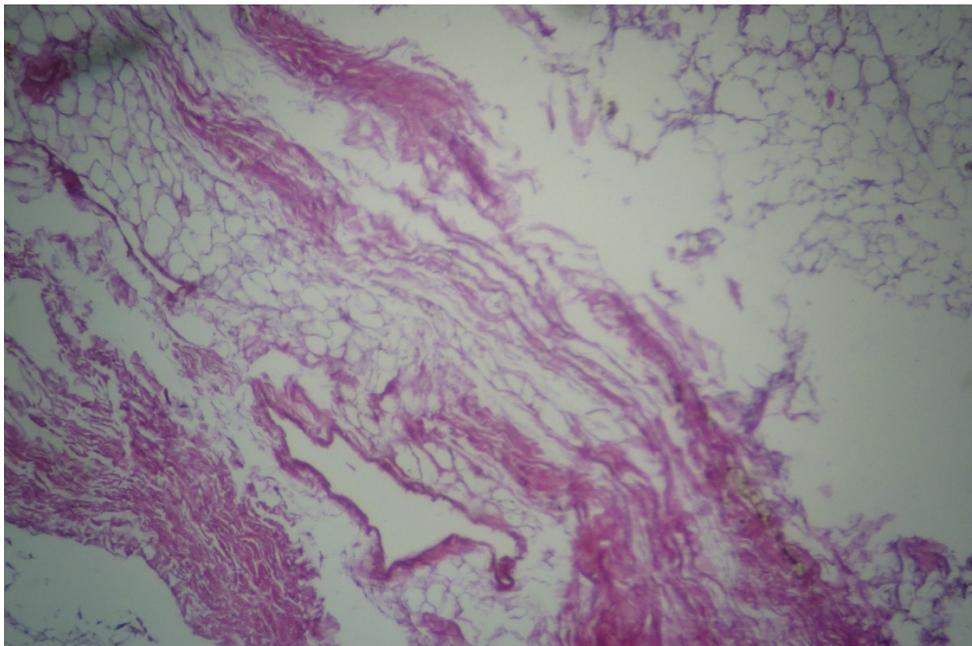
Las muestras fueron procesadas según técnica habitual y teñidas con coloración de rutina con hematoxilina-eosina.

A través del análisis histológico se intentó certificar hallazgos compatibles con heteroagresión o sustrato celular de lesiones idóneas para causar la muerte.

El examen del cuello demostró la ausencia de lesiones compatibles con compresión cervical extrínseca. (fig. 17 y 18).



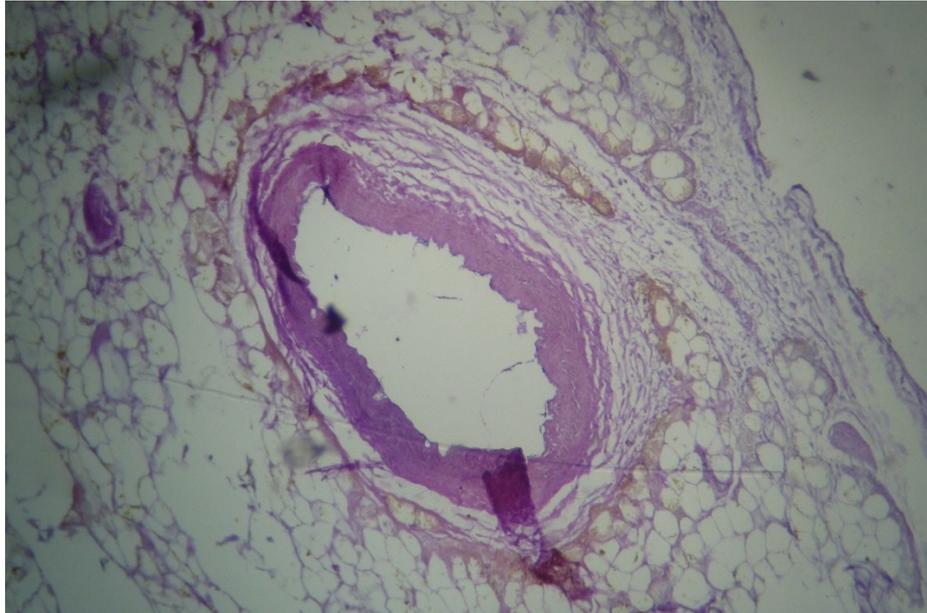
(Figura 17) Anillo cartilaginoso traqueal sin fracturas y ausencia de lesiones los tejidos blandos peritraqueales.



(Figura 18) Tejidos blandos del cuello con vaso venoso, ausencia de laceraciones.

El corazón demostró la ausencia de lesiones compatibles con cardiopatía estructural, enfermedad coronaria, isquemia o infarto. Se lo observó revestido por una lámina de grasa, aumentado en tamaño (155 mm de longitud por 105 mm en su eje transversal y 80 mm en su eje anterior y posterior) y peso de 475 gramos. El tabique midió 20 mm (VN: 10-12 mm) y la pared del ventrículo izquierdo es de 23 mm (VN: 15 mm +/- 2mm).

Las arterias coronarias y sus colaterales se encontraron permeables, sin placas de ateromas. Los pilares y las cuerdas tendinosas valvulares se observaron sin alteraciones diagnósticas. (fig. 19).



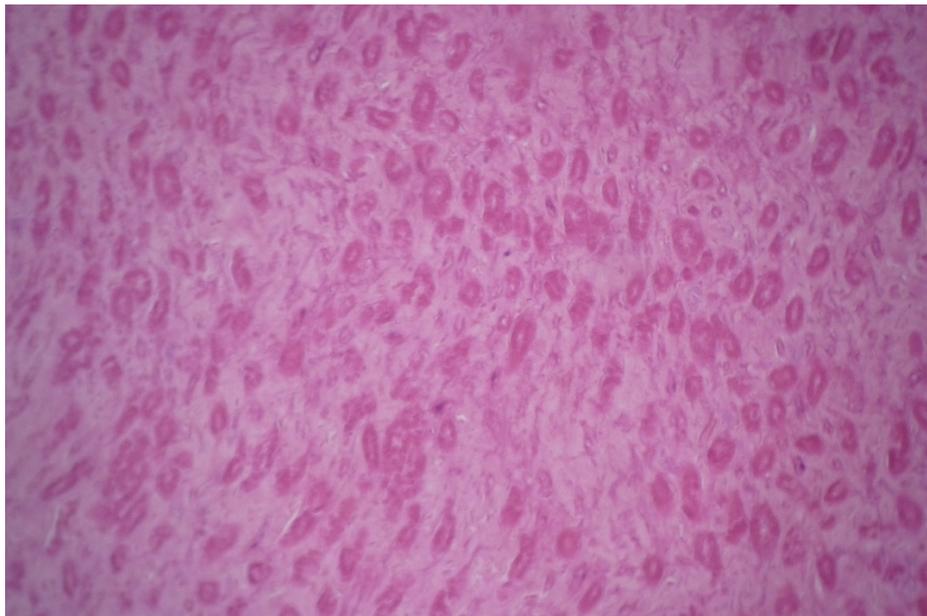
(Figura 19) Arteria coronaria derecha sin lesiones estructurales.

Los pulmones y los riñones mostraron signos de colapso cardiovascular agudo sin lesiones parenquimatosas infecciosas agudas o crónicas. (fig. 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26).

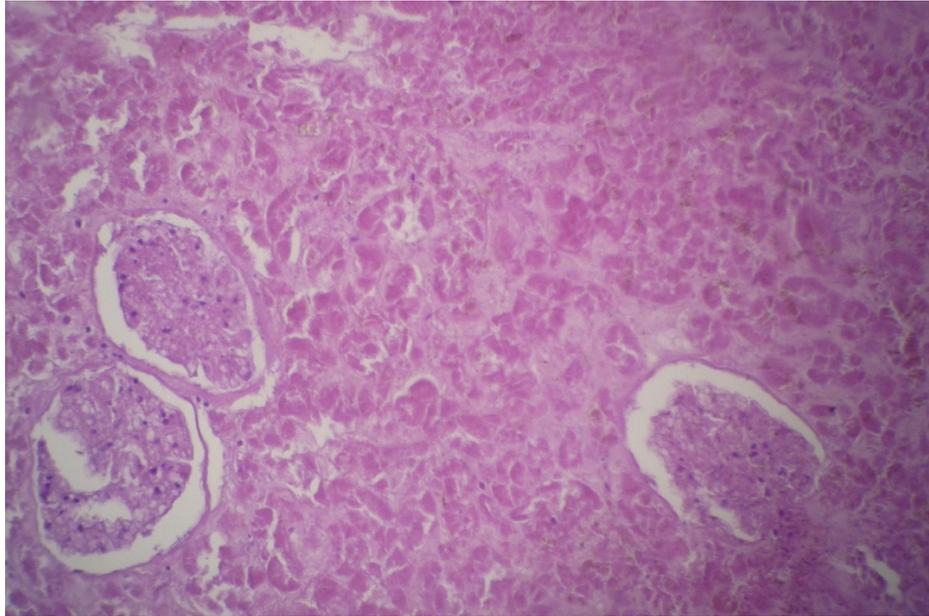
Los riñones mostraron a su sección leve borramiento de las pirámides y del límite medular.

A la microscopia los glomérulos renales estaban colapsados con vasos contraídos y a nivel medular se observó necrosis tubular aguda con franca redistribución del flujo sanguíneo medular.

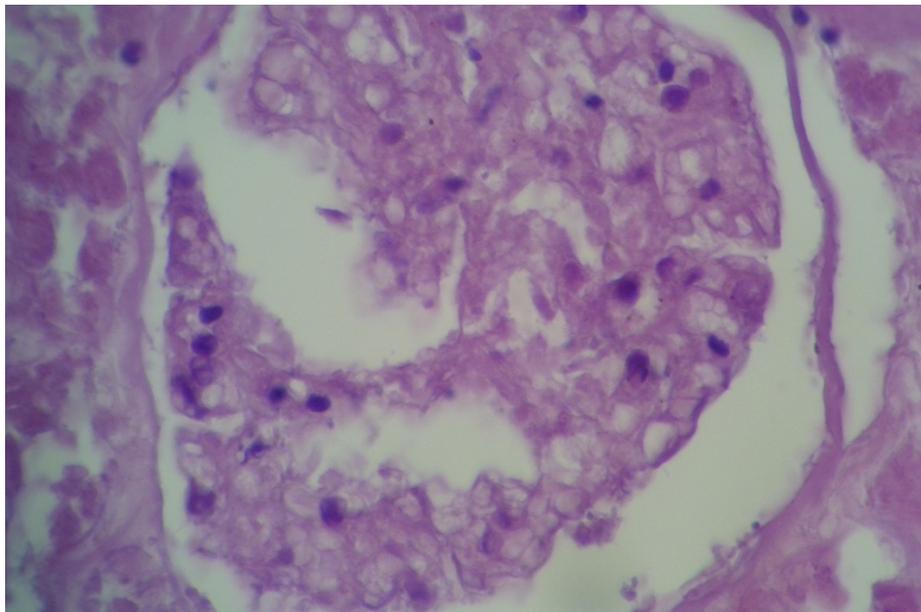
Dichos hallazgos son comunes de encontrar en los trastornos con déficit paroxístico de perfusión y oxigenación tisular renal. En estos casos los tejidos de los túbulos renales resultan dañados o destruidos con necrosis del epitelio cúbico simple de los túbulos contorneados. Se producen cambios en la circulación vascular renal medular con redistribución del flujo vascular, ectasia y espasmo vascular por sectores y a nivel del glomérulo, en la corteza renal, colapso de los vasos sanguíneos del ovillo renal con disminución del tamaño glomerular.



(Figura 20) Borramiento de pirámides y zona medular renal.



(Figura 21) Colapso vascular glomerular (shock).



(Figura 22) Colapso vascular glomerular (shock).

El pulmón de shock se produce como consecuencia de una disminución del volumen sanguíneo circulante, que reduce la precarga y determina un llenado ventricular inadecuado que ocurre cuando se pierde más del 15 al 25% del volumen circulante.

A la macroscopía los pulmones están aumentados de consistencia y de peso y muestran alteraciones focales. Las áreas afectadas son rojo oscuro, como el tinte de la ciruela, atelectásicas, húmedas y sanguinolentas al corte.

La histología reconoce una fase temprana y otra tardía.

Durante la fase temprana o exudativa, que transcurre durante las primeras 24 a 48 horas hay acentuada hiperemia de los capilares alveolares y los alvéolos presentan microatelectasias, edema y hemorragia.

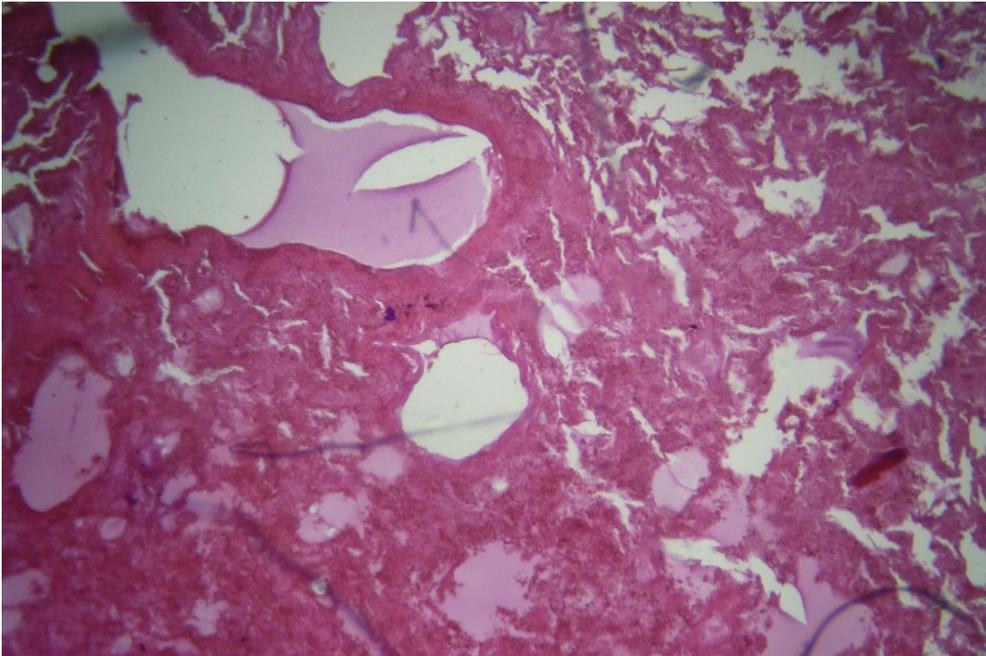
Áreas y zonas de alvéolos con líquido trasudado en sus cavidades.

Pueden encontrarse numerosos microtrombos hialinos y megacariocitosis.

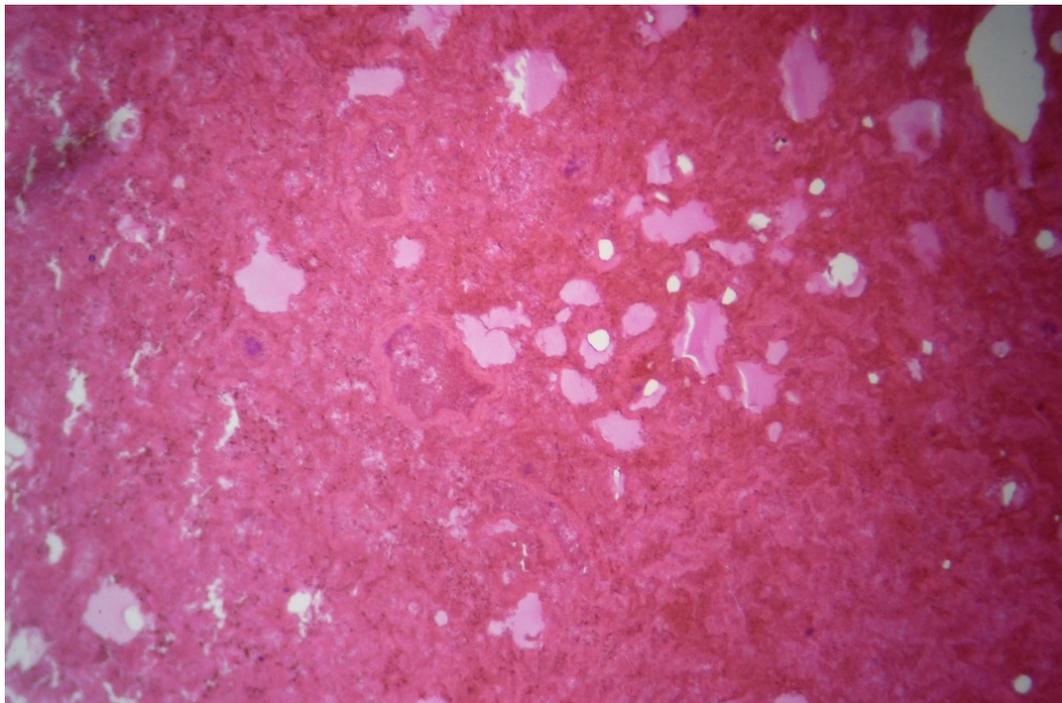
La formación de las membranas hialinas traduce necrosis de neumonocitos I y daño endotelial con exudación de plasma rico en fibrinógeno alteraciones de los valores de presiones en el capilar

Este daño puede ser consecuencia de la hipoxia local, la acción de las toxinas y también de la acción de enzimas proteolíticas.

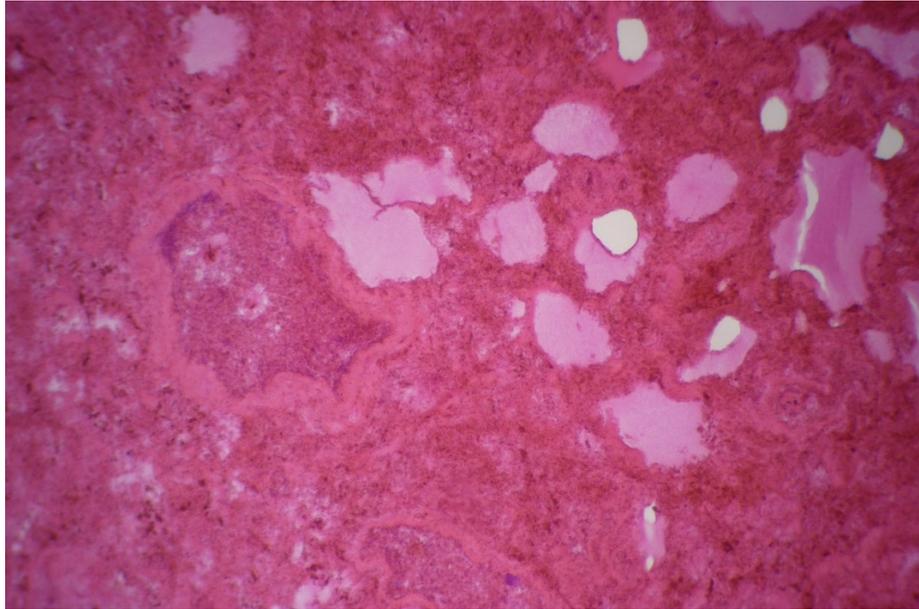
La fase tardía ocurre después de los 14 días y en ella se produce un aumento del conjuntivo intersticial con engrosamiento de las paredes alveolares y organización del exudado alveolar, que llega a formar verdaderos tapones fibrosos tanto en conductos alveolares como en algunos bronquiólos. La organización puede terminar en una fibrosis indistinguible de la que se observa en algunos casos de fibrosis intersticial idiopática. Con patrón difuso y extenso (diferencia con la neumónica).^{10, 11, 12}



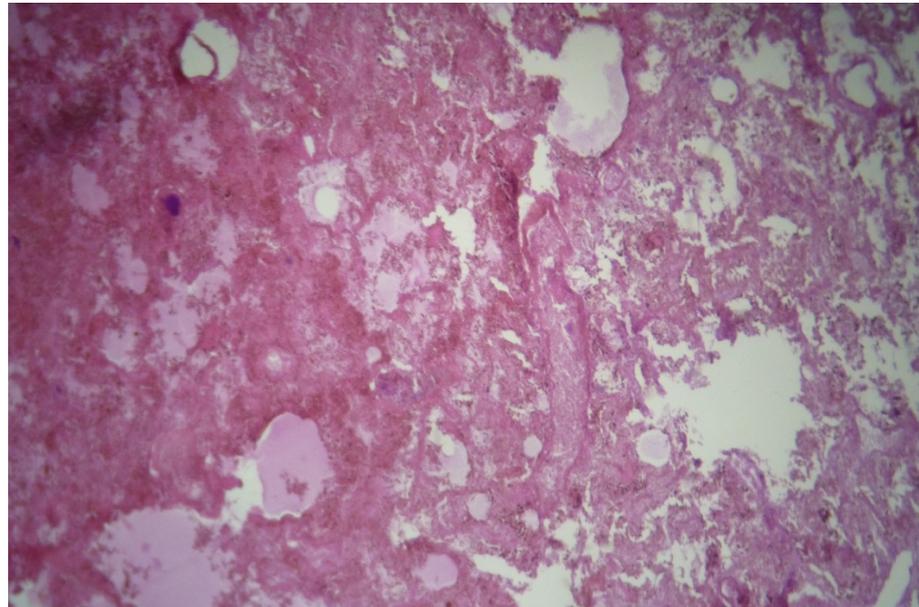
(Figura 23) Presencia de líquido amorfo acelular intralveolar, alvéolos de nivel medio-periférico (signos histológicos de edema agudo de pulmón).



(Figura 24) Esbozos de alveolos con contenido de edema en su interior.



(Figura 25) Hipostasia central pulmonar, no hemorragia.



(Figura 26) Sacos alveolares con hemorragia y edema en sus luces.

Se descartaron patologías causantes de muerte no violenta.

4) Establecer la causa de la muerte

Para la misma se tuvieron en cuenta:

- 4-a) las declaraciones testimoniales aportadas por la Instrucción;
- 4-b) los hallazgos de la autopsia, exhumación y toxicología;
- 4-c) el análisis histopatológico forense.

4-a) Declaraciones testimoniales aportadas por la Instrucción

Se trató de la detención de un sujeto masculino con un cuadro de excitación psicomotriz y notoria agresividad.

De la lectura de los autos se destaca, entre otras declaraciones, lo siguiente:

“.....se escuchaban gritos como de alguien endemoniado y sacado, como una fiera....” (testigo);

“....no se entendía lo que decía....eran gritos, como cuando alguien habla en lenguas...” (testigo);

Dichos de la propia víctima a la policía (gritando): “...para qué me querés llevar, no ves que no tengo ropa?...”

Se necesitaron varios agentes de la fuerza pública para lograr la reducción física, por la presencia de una fuerza inusitada y excesiva por parte de la víctima.

La desnudez en este contexto nos debe orientar hacia la hipertermia que, en este caso, nunca se registró la temperatura corporal.

Estos hallazgos, asociados o presentes en su totalidad, deben hacernos pensar en la posibilidad de un *Delirio Agitado* en curso.

4-b) Los hallazgos de la autopsia, exhumación y toxicología

Ausencia de patología orgánica de origen cardiovascular, neurológica o digestiva como causa de la muerte. Dicho esto: no se trató de una muerte natural.

Las equimosis y excoriaciones observadas en el cuerpo del occiso no provocaron el deceso. Las mismas son propias del forcejeo, la contención y la movilidad de la víctima en situación de restricción física.

La autopsia demostró la asociación de alcohol y cocaína en la sangre y humor vítreo del occiso.

Para la realización de los estudios de laboratorio se obtuvieron muestras de sangre y humor vítreo, ambas en escaso volumen. En función de esto se procedió a realizar la determinación de alcohol etílico en la muestra de sangre por la técnica de cromatografía gaseosa acoplada a un automuestreador headspace. En la muestra de humor vítreo se procedió a realizar la determinación de drogas de abuso y psicofármacos por inmunocromatografía de un solo paso. De esta forma se determinó que la alcoholemia resultó ser de 0,98 g/L, con detección de cocaína en las muestras biológicas estudiadas.

En este aspecto, citamos al Prof. Patitó cuando afirma que “...*Di Maio concede gran importancia al efecto de las drogas estimulantes del sistema nervioso en las muertes ocurridas en las detenciones violentas. El mecanismo fisiopatológico consiste en que la liberación de catecolaminas que ocurre durante las peleas, junto al efecto de las drogas estimulantes y el descenso del nivel de potasio, pueden generar una arritmia mortal...*”

El consumo simultáneo de cocaína y alcohol da lugar a la formación de un compuesto denominado cocaetileno, metabolito altamente tóxico para el organismo.

El consumo de alcohol en conjunto con cocaína suele exacerbar los efectos de ambos tóxicos si se consumieran por separado. A través de una reacción de transesterificación hepática, la cocaína y el etanol se combinan para producir un compuesto denominado cocaetileno.¹³ El cocaetileno tiene una duración de acción mucho más prolongada que la cocaína, siendo neuro y cardiotóxico.¹⁴ A diferencia de la benzoilecgonina, que es el metabolito inactivo de la cocaína que se forma en ausencia de alcohol, el cocaetileno es un metabolito activo.¹⁵ Además, el cocaetileno tiene una vida media plasmática de tres a cinco veces la vida media de la cocaína y se asocia con convulsiones, daño hepático y función inmunológica comprometida.¹⁶ La LD50 de este metabolito es significativamente más bajo que el de la cocaína y, como resultado, conlleva un aumento de 18 a 25 veces más que la cocaína sola en riesgo de muerte inmediata, observándose que tiene mayor selectividad con el transportador dopaminérgico y menor afinidad con el de la serotonina, lo cual se relaciona con su intenso y prolongado efecto euforizante. En presencia de alcohol, la concentración máxima de cocaína también se incrementa en aproximadamente un 20%, posiblemente debido a mayores tasas de absorción. La mayor concentración de cocaína en la sangre debido a la administración conjunta del alcohol también se asocia con una mayor cardiotoxicidad inducida por la cocaína.¹⁷

La causa de la muerte no fue una asfixia por broncoaspiración como fue descrito en la autopsia. Si es cierto que la vía aérea inferior se encontraba edematizada y con líquido en su interior pero ese hallazgo puede asociarse al edema agudo de pulmón que es el sustrato anatomopatológico de esta muerte en cuestión.

4-c) El aporte del análisis histológico

El análisis histológico del block laringo-traqueal destaca la ausencia de infiltrados hemáticos en los componentes de la piel y tejidos más profundos del cuello así como también la ausencia de lesiones laríngeas, lo cual permite afirmar que no hubo compresión cervical extrínseca como maniobras de tortura asociadas a la restricción física del occiso.

Diversas muestras de piel confirman la presencia de sufusiones hemáticas, compatibles con las equimosis descritas en la macroscopía.

El corazón muestra ausencia de isquemia e infarto, como así también la ausencia de coronariopatía aterosclerótica.

El pulmón muestra edema agudo del espacio alveolar.

El riñón muestra colapso glomerular que en este contexto puede asociarse a signo indirecto de colapso cardiovascular.

La pericia histológica demostró el edema agudo de pulmón por shock cardiogénico no isquémico y signos de falla renal.

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa se trata de una muerte en situación de privación de la libertad y si bien pueden encontrarse diferencias en su definición según los autores estudiados, siguiendo al profesor José Patitó, decimos que la *Muerte en Custodia* o la *Muerte en Privación de la Libertad* abarca a todas las muertes que se producen durante el tiempo de cumplimiento de una pena privativa de la libertad o en las que ha habido alguna intervención de las fuerzas de seguridad.

Las situaciones a considerar bajo esta acepción deben ser: ^{18,19}

- A) las muertes producidas durante la detención y en enfrentamientos con las fuerzas de seguridad;
- B) las muertes de internos en centros de detención y prisión, así como también en centros de internación de menores (incluyendo fugas o intentos de fuga);
- C) las muertes de personas ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos y, agregamos
- D) las muertes de un interno ocurridas en un hospital o centro de salud por haber sido trasladado.

Otros autores, como Vincent Di Maio, simplifican el concepto haciendo referencia a la Muerte en Custodia como la *Muerte que ocurre cuando la víctima se encuentra en alguna forma de detención bajo el cuidado o guarda de la autoridad respectiva*. ²⁰

La Muerte en Custodia puede presentarse en diversas circunstancias, pudiendo ser de causa *Natural* o *Violenta*.

Dentro de las muertes por causas *Naturales* distinguimos:

- 1) de origen cardiovascular (coronariopatías; hipertensión con hipertrofia cardíaca; valvulopatías, disección aórtica);
- 2) de origen neurológico (ruptura de aneurisma congénito y hemorragia; hemorragia cerebral de origen hipertensivo; epilepsia, etc);
- 3) de origen respiratorio (por ejemplo: asma);
- 4) de origen digestivo (hemorragia digestiva).

Dentro de las muertes de origen *Violentas* deben diferenciarse las siguientes causas:

- 1) suicidio y huelgas de hambre;
- 2) muertes producidas durante la detención mediante métodos de reducción y contención;
- 3) tortura seguida de muerte;
- 4) homicidio entre internos;
- 5) muertes como consecuencia de motines o fugas;
- 6) muertes debidas a la acción del alcohol, psicofármacos y uso indebido de drogas.

El caso motivo de la presente comunicación se trató de una *Muerte en Custodia por Delirio Agitado* debida a la asociación de alcohol y cocaína.

Como entidad el Delirio Agitado no es nuevo. En el año 1849 Luther Bell hace sus primeras observaciones sobre un cuadro con marcada excitación psicomotriz y delirio que lleva su nombre.

El término *catatonía* es introducido por Karl Kahlbaum en el año 1884 en su trabajo *Die Katatonie, oder das spannungsirresein (La Catatonía o la Locura Tensa)* para referirse a un trastorno mental que se caracterizaba por síntomas psíquicos y motores.²¹

Sin embargo el concepto ya era conocido por los antiguos griegos como catalepsia. Tal es así que en el año 460 aC los médicos hipocráticos describieron el *Frenesí Agudo*, un cuadro delirante con una evolución mortal en el término de una semana y según Gerardo Fasolino ese cuadro podría corresponder a la catatonía letal que Karl Stauder describe en el año 1934 y que se caracterizaba por un comienzo paroxístico con hipertermia e hiperquinesia con un discurso tormentoso que llevaba a la aquinesia y la muerte en pocos días.^{22, 23}

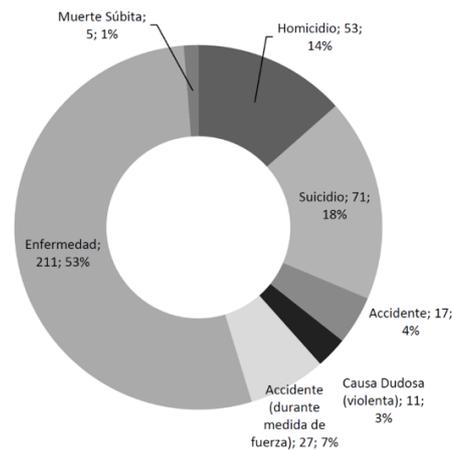
Remitimos al lector a la consagrada revisión histórica que hace F. Martín Cazorla.²⁴

En nuestro medio se requiere una revisión igual del complejo nosológico comentado aunque ya en el año 1827 en su *Disertación de la Manía Aguda*²⁵ Diego Alcorta hace una puesta al día de la manía en la antigua Buenos Aires y en el año 1920 José Ingenieros en *La Locura en Argentina*²⁶ hace mención al tratamiento por curanderos y brujos de *delirios febriles y locos furiosos* entre los antiguos quechuas, así como los trastornos mentales por tóxicos asociados al uso de la chicha, la coca, la belladona y el chamico.

Finalmente, en el año 1985, Wetli y Fishbain comunican la denominación de síndrome de delirio agitado²⁷ aunque a la fecha se sigue observando un déficit con su nomenclatura determinando diversas denominaciones para esta entidad.

Las estadísticas en Argentina no han sido la regla lo cual dificulta cualquier análisis en salud y la incidencia regional del Delirio Agitado con una denominación aún no normatizada no escapa a esa premisa, hecho mencionado también por otros autores.^{28, 29}

En un estudio que comprendió las muertes violentas en privación de la libertad entre el 1º de enero de 2009 y el 31 de marzo de 2018 en el Servicio Penitenciario de la Nación el 45% de los casos (n=395) fueron definidos como muertes violentas de las cuales un 7% fueron definidas como *accidentes durante medidas de fuerza*.³⁰ (gráfico 1)



(Gráfico 1) Distribución de fallecimiento según causa de muerte, tomado de ²⁵.

Se requieren estudios y trabajos de consensos para definir y estandarizar la causa precisa de la muerte en las personas que cursan un cuadro de confusión y agitación psicomotriz durante las maniobras de restricción por partes de las fuerzas de seguridad o del personal de salud así como también es importante dilucidar la alta tasa de letalidad de este cuadro cuando se la compara con otras urgencias psiquiátricas.³¹

En su gran mayoría se trata de muertes muy mediáticas con un sesgo notorio en el tratamiento de la información.

Para finalizar, al decir de Charles Wetli existen evidencias que los métodos de restricción utilizados por las fuerzas de seguridad o personal de salud nada tienen que ver con la muerte.³²

Agradecimientos: La labor forense es un trabajo de equipo. Agradecemos la colaboración de los técnicos forenses Juan Dupont, Armando Marín y Lucas Pachilla.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Visitar la siguiente página:

<https://www.ppn.gov.ar/pdf/legislacion/Reglas%20M%C3%ADnimas%20para%20el%20Tratamiento%20de%20los%20Reclusos.pdf>

(2) Patitó, J. A: Muerte en Custodia. Cap. 13, pág. 382-390 en Patitó, J.A: Enciclopedia Médico-Legal, vol. II, edit. Akadia (2011).

(3) Lossetti, O.I: “La Exhumación Médico-Legal” Edit. Dossyuna ediciones argentinas, (2006).

(4) The Minnesota Protocol on The Investigation of Potentially Unlawful Death (2016).

(5) Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

(6) Visitar la siguiente página: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_229_esp.pdf

(7) Young, J; Chiasson, D et Al: Custody and restraint deaths. En Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects. Payne-James J; Busuttill A, Smock W, Eds.Greenwich Medical Media. London. San Francisco. 2003. 115-132.

(8) Salado, M; Fondebrider, L: El desarrollo de la antropología forense en la Argentina. *Cuad. med. forense* [online]. 2008;53-54:213-221.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062008000300004

(9) Fondebrider, L; Mendonca, M: Model Protocol on the Forensic Investigation of Death Suspected to have been caused by a Human Rights Violation. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001.

(10) E. Rubin, E. (Editor): Patología estructural. Fundamentos Clínicopatológicos en Medicina. McGraw-Hill Interamericana. 4º Edic. 2006. ISBN: 8448145623. pp. 267-285.

- (11) Kumar; Abbas; Fasuto: Patología Estructural y Funcional. Edit. Elsevier 7º Edic. 2005 ISBN 84-8174-841-2, pp. 137-145.
- (12) Kumar, Contran, Robbins: Patología Humana. Edit. Elsevier. 7º Edic. 2004 ISBN 84-8174-666-5 págs. 95-102.
- (13) Dasgupta, A: Chap 4: Combined alcohol and drug abuse: A potentially deadly mix. En: Alcohol, Drugs, Genes and the Clinical Laboratory, Eds. Academic Press. 2017, pp. 75-88.
- (14) Goldstein, R; DesLauriers, C; Burda, A: Cocaine: history, social implications and toxicity. A review. Dis Mon. 2009; 55: 6-38.
- (15) Pérez Prior, N; Milara Payá, J; Soler Company, E; Ferrando Piqueres, R; Caja Calvo, M; Romero Barco, R: Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. Rev. Española de Drogodependencias. 2006; 31: 254-270.
- (16) Elliott, S: Investigating drugs of abuse at autopsy. Diagnostic Histopathology. 2018; 24: 341-345.
- (17) Havakuk, O; Rezkalla, S; Kloner, R: The Cardiovascular Effects of Cocaine. J. Amer. Col. Card. 2017; 70: 101-113.
- (18) Losseti, O; Patitó, J: Muerte en Custodia. Congreso de AMFRA (actas), Colon, Argentina, 2002.
- (19) Castelló, A; Francès, F; Verdú, F: Muerte en Custodia. Un Esbozo Conceptual. Gac. Int. Cienc. Forenses. 2019; 32: 4-8. Disponible en: https://www.uv.es/gicf/2TA1_Verdu_GICF_32.pdf
- (20) Di Maio, D.J; Di Maio, V.J: Forensic Pathology. Edit. Elsevier, 198.
- (21) Baruk, H: La Catatonia de Kahlbaum. La Esquizofrenia y la Revisión de la Nosografía Psiquiátrica (2da parte) Almeon 22 Año VIII - Vol 2 - Nº 1 - Setiembre 1997. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/6/22/a22_06.htm
- (22) Fasolino, G: Propuesta de reubicación nosográfica de la catatonia. Su importancia diagnóstica y terapéutica en la medicina interna. Tesis de doctorado (1999), Universidad del Salvador, Argentina.
- (23) Fasolino, G: Evolución histórica del término catatonia. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2002, Vol. XIII: 145-150.
- (24) Cazorla, F; Santos Amaya, I; Rubio Lamia, L: Historia del Síndrome de Delirio Agitado. Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2009; 11-21.
- (25) Greif, E: Edición de la Disertación sobre la manía aguda (1827) del médico Diego Alcorta. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.3, jul.-set. 2019, pp.1027-1037.
- (26) Ingenieros, José, La locura en la Argentina, Buenos Aires, Cooperativa Editorial Limitada, 1920.
- (27) Wetli, C; Fishbain, D: Cocaine-Induced Psychosis and Sudden Death in Recreational Cocaine Users. J Forensic Sci. 1985; 30(3): 873-880.
- (28) Jerez, G: Síndrome de Delirium Agitado. El Transcurrir de un Mal Moderno. Gac. int. cienc. forense. 2019; 33: 7-35. Disponible en: https://www.uv.es/gicf/3R1_Jerez_GICF_33.pdf
- (29) Ruiz Ortiz, S; Carrillo de Albornoz, E. y colab: La Intervención Policial con Sujetos Confuso-Agitados el denominado “Delirio Agitado” Cuadernos de la Guardia Civil Nº 52, 135-154.
- (30) Procuración Penitenciaria de la Nación: Informe Estadístico sobre Muertes en Prisión- primer trimestre 2018. Disponible en: www.ppn.gov.ar
- (31) Navarro Escayola, E; Muñoz-Quirós Caballero, J et al: Valoración Médica Forense de Muerte en Custodia por Delirium Agitado. A propósito de un caso. Gac. int. cienc. Forense. 2014; 13: 49-60. Disponible en: https://www.uv.es/gicf/5C1_Navarro_GICF_13.pdf
- (32) Storey, M: Explaining the Unexplainable: Excited Delirium Syndrome and Its Impact on the Objective Reasonableness Standard for Allegations of Excessive Force, 56 St. Louis U. L.J. (2012). Disponible en: <https://scholarship.law.slu.edu/lj/vol56/iss2/10>