

Causas de mortalidad por enfermedades del corazón y el aparato circulatorio en Jerez de los Caballeros (Badajoz, España) en el siglo XIX

Dr. Francisco J. Suárez-Guzmán (PhD) 

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica, Universidad de Extremadura. Badajoz. España.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 16 de marzo de 2023

Aceptado: 18 de abril de 2023

Online: 26 de mayo de 2023

Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

RESUMEN

Introducción: La clasificación de las enfermedades de Bertillon, basada en modelos etiológicos y anatómicos, es la más utilizada por los historiadores de la medicina; pues determinar las características de la mortalidad de una población, en un determinado período, será más fácil si los diagnósticos se han basado en criterios etiológicos.

Objetivo: Estudiar las causas de mortalidad por enfermedades del corazón y el aparato circulatorio, en Jerez de los Caballeros (Badajoz, España) durante el siglo XIX.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de las causas de mortalidad en el período señalado, mediante el análisis de los Libros de Defunción del Archivo Parroquial, y los legajos del Archivo Histórico Municipal del mencionado municipio. Se identificaron un total de 26 203 defunciones, de las cuales se seleccionaron los 416 casos que fallecieron por enfermedades del corazón y del aparato circulatorio.

Resultados: Estas enfermedades constituyen la novena causa de defunción (2,2% del total de la mortalidad). El grupo de edad más numeroso fue el de 65 - 74 años, con 79 muertos (19,0%). La gran mayoría de los difuntos eran adultos (92,5%), frente al 7,5% de los párvulos; con ligero predominio de las mujeres (51,7%). Las enfermedades orgánicas del corazón fueron las más frecuentes (243 casos, 58,4%) y, entre ellas, predominó la hipertrofia del corazón (103 casos, 24,8%).

Conclusiones: Las causas más frecuentes de mortalidad fueron las enfermedades orgánicas del corazón, y —dentro de ellas— la hipertrofia del órgano. La última década del siglo es la que tiene mayores tasas de mortalidad. Predominaron los fallecidos adultos y del sexo femenino, con mayor frecuencia en los meses de marzo y diciembre.

Palabras clave: Mortalidad, Hipertrofia del corazón (Cardiomegalia), Aneurisma, Sistema circulatorio, Historia de la Medicina

Causes of mortality due to heart and circulatory system diseases in Jerez de los Caballeros (Badajoz, Spain) during the 19th century

ABSTRACT

Introduction: Bertillon's disease classification, based on etiological and anatomical models, is the most commonly used by medical historians. Determining the characteristics of a population's mortality in a specific period becomes easier when diagnoses are based on etiological criteria.

Objective: To study the causes of mortality due to heart and circulatory system diseases in Jerez de los Caballeros (Badajoz, Spain) during the 19th century.

Method: A descriptive study of mortality causes during the specified period was conducted through the analysis of Death Records from the Parish Archive and municipal historical documents of the mentioned municipality. A total of 26,203 deaths

✉ FJ Suárez Guzmán
C/ de los Brezos, 44
Badajoz 06009, España.
Correo electrónico:
fcojsuarez@telefonica.net

Contribución de los autores

FJSG es el único autor de esta investigación.

were identified, of which 416 cases that died from heart and circulatory system diseases were selected.

Results: These diseases represented the ninth leading cause of death (2.2% of total mortality). The most numerous age group was 65-74 years, with 79 deaths (19.0%). The vast majority of the deceased were adults (92.5%), with a slight predominance of females (51.7%). Organic heart diseases were the most common (243 cases, 58.4%), with heart hypertrophy being the dominant condition (103 cases, 24.8%).

Conclusions: The most common causes of mortality were organic heart diseases, particularly heart hypertrophy. The last decade of the century had the highest mortality rates. Adults, particularly females, predominated, with higher mortality rates in the months of March and December.

Keywords: Mortality, Hypertrophy of the heart (Cardiomegaly), Aneurysm, Cardiovascular System, History of Medicine

INTRODUCCIÓN

En base a unos modelos botánicos de finales del siglo XVIII, según unos nuevos conocimientos fisicoquímicos y biológicos, se efectuó la descripción y clasificación de las diferentes enfermedades. Los dos primeros antecedentes de una clasificación estadística sistematizada de las enfermedades son de tipo descriptivo, de los médicos William Farr (1807-1883) y Jacques Bertillon (1851-1922)¹.

La *Tercera Clasificación Internacional de Enfermedades*, de Jacques Bertillon en 1899, facilita la clasificación nosológica. Él describió las reglas que se deben seguir "...para resolver las tan frecuentes dudas que surgen a la hora de clasificar algunos diagnósticos, muchos incompletos, imprecisos o complejos por aparecer dos o más causas de muerte..."².

En agosto de 1900, el gobierno francés convocó la primera Conferencia Internacional de la Revisión de la Clasificación Internacional de Causas de Defunción³. Sucesivas revisiones fueron convocadas en los años 1909, 1929 y 1938; sin embargo, la clasificación de Bertillon, basada en modelos etiológicos y sobre todo anatómicos, se ubicó en medio de la transición epidemiológica europea, y sirvió como patrón para las siguientes y sucesivas revisiones promulgadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades. Así, esta clasificación y sus ulteriores exámenes es "...la más utilizada por los historiadores de la medicina [...]. Su uso tiene innumerables ventajas. Una de ellas, es su universalidad geográfica que permite hacer comparaciones entre los diversos países"⁴. Como se planteó previamente, sobre todo se fundamentaba en el criterio anatómico, pero éste "...no es el más adecuado cuando lo que se pretende es explicar los orígenes sociales de la muerte en comunidades bajo un patrón de mortalidad de tipo antiguo, es decir,

bajo predominio de las enfermedades infecciosas y en ausencia de recursos terapéuticos (antibióticos)"⁴.

Al intentar determinar las características de la mortalidad de una población en un determinado período, y las causas de su reducción, al epidemiólogo le será más fácil si los diagnósticos se han basado en criterios etiológicos⁵.

Según esta clasificación se han agrupado las diferentes causas de defunción halladas en Jerez de los Caballeros, durante el siglo XIX.

Los objetivos de esta investigación fueron: estudiar las causas de mortalidad por enfermedades del corazón y del aparato circulatorio en Jerez de los Caballeros (Badajoz, España) durante el siglo XIX, determinar los grupos de edad más afectados, las estaciones del año donde ocurrieron más fallecimientos, y calcular las tasas de mortalidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de las causas de mortalidad en el siglo XIX, mediante el análisis de los Libros de Defunción que se encuentran en el Archivo Parroquial, y de los legajos del Archivo Histórico Municipal de Jerez de los Caballeros, Badajoz, España. Esta ciudad está situada al suroeste de la provincia de Badajoz, "38° 19' 15" de latitud Norte y 6° 46' 11" de longitud Oeste"⁶, con una altura media de 500 metros sobre el nivel del mar "...su clima es cálido, con vientos variables, aunque son más permanentes el S., E. y O., y se padecen enfermedades inflamatorias, intermitentes de todos tipos y carbunclos"⁷.

Se recopilaron un total de 26203 documentos de defunción, en 7665 de los cuales no consta la causa del fallecimiento; por lo que se estudiaron un total 18538 casos, de donde se seleccionaron los 416 que

fa-llecieron por enfermedades del corazón y del aparato circulatorio.

Para cuantificar la fuerza demográfica de la mortalidad y realizar comparaciones entre distintas poblaciones, es necesario relativizar el total de defunciones de cada población respecto al número de sus componentes. Para ello se debe calcular la tasa bruta de mortalidad (TBM) anual mediante la siguiente fórmula: $TBM = \text{Número total de muertes en el año} \times 1000 / \text{Población media de ese año}$.

Para obtener estas tasas, es imprescindible conocer el censo de población en cada momento concreto. Como el denominador de la ecuación es la totalidad de la población, el resultado sería una tasa bruta o global, y expresa el número de individuos que dejan de formar parte de ella anualmente por causas naturales, es decir, no migratorias, por cada 1000 habitantes vivos de esa población.

La tradición de realizar encuestas exhaustivas de población comenzó en España a mediados del siglo XIX, si no se cuentan los simples recuentos de población efectuados por los reyes gobernantes en los siglos XV-XVIII. El primer censo con carácter oficial del siglo XIX tuvo lugar en 1857, durante el reinado de Isabel II, siguieron los de 1860, 1877, 1887 y 1897; y, a partir del inicio del siglo XX, se hacía todos los años acabados en 0.

Esto nos plantea uno de los grandes problemas en demografía, que es el cálculo de las poblaciones intercensales. Por ello, los métodos usados para interpolar o, en nuestro caso, extrapolar las poblaciones son puramente matemáticos. El más extendido es la hipótesis del crecimiento geométrico, que considera que la población no crece de forma lineal. De acuerdo a esto, habría que calcular la razón constante que multiplica cada año a la población para poder obtener así la del año siguiente. La fórmula usada por el Instituto Nacional de Estadística para calcular las poblaciones intercensales es⁸:

$$P_t = P_0 (1+r)^t$$

Donde P_t es la población que se quiere calcular, P_0 es la del penúltimo censo, y r el tanto por uno acumulativo derivado del crecimiento experimentado entre los dos últimos censos, donde t es el tiempo desde el penúltimo censo hasta la fecha en que se quiere calcular la población.

Hasta los censos oficiales de la segunda mitad del siglo XIX, no existían censos de población, sino solamente vecindarios. La

transformación de estos en habitantes, plantea el antiguo problema de aplicar un coeficiente corrector, ajustado a la realidad; algo en lo que los demógrafos no se ponen de acuerdo. Bustelo⁹, por ejemplo, admite que al vecindario del Catastro de La Ensenada se le podría aplicar el coeficiente de 4,35; mientras que al de la visita de 1791, el de 4,6.

Los fallecidos se dividieron en adultos y párvulos, al considerar que "...todos los datos disponibles conducen a creer que el límite de los siete años era aceptado universalmente por la Iglesia como frontera real entre lo que debía considerarse un *párvulo* y un adulto a efectos religiosos"¹⁰.

Los párvulos fueron divididos en: < 1 año, 1-3 años y 4-7 años, y se distinguieron cuatro períodos en los menores de 1 año: < 1 mes, 1-3 meses, 4-6 meses y 7-12 meses. Los adultos, por su parte, se agruparon en categorías de diez años: 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, y así sucesivamente. Sólo el primer tramo, de 8-14 años es distinto; así como los mayores de 94 años, debido al reducido número de personas fallecidas con más de esa edad.

RESULTADOS

Las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio constituyen la novena causa de defunción en Je-

Tabla 1. Enfermedades del corazón y el aparato circulatorio según la tercera nomenclatura (Bertillon 1899).

Enfermedades	Nº	%
Pericarditis	15	3,6
Endocarditis (infecciosa o no)	19	4,6
Enfermedades orgánicas del corazón	243	58,5
Angina de pecho	6	1,4
Afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, otros	83	20,0
Embolia	7	1,7
Varices, úlceras varicosas, hemorroides, otros	0	0,0
Flebitis y otras afecciones de las venas	6	1,4
Linfangitis	0	0,0
Otras afecciones del sistema linfático	1	0,2
Hemorragia	30	7,2
Otras afecciones del aparato circulatorio	6	1,4
Total	416	100,0

Fuente: Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros. Libros de Difuntos (1800-1900).

rez de los Caballeros en el siglo XIX, con 416 casos que representan un 2,2% de la mortalidad total.

El primer caso aparece el 27 de noviembre de 1806, una mujer de 44 años, fallecida por “accidente de corazón”¹¹. Los registros son muy escasos durante la primera mitad de siglo, y se hacen más frecuentes bien entrada la segunda mitad. En la **tabla 1** se exponen los diagnósticos encontrados.

Al analizar el comportamiento de las tasas brutas de mortalidad específica por estas enfermedades (**Figura 1**), se aprecian tres periodos. El primero, hasta 1837, con sólo 4 defunciones. El segundo, hasta 1878, con abundantes picos y valles, y 113 fallecidos. Y el tercero, hasta 1900, donde se encontraron 299 defunciones, con las tasas y registros más elevados; etapa donde destaca el año 1900 con 32 óbitos y una tasa bruta de mortalidad de 3,1‰. Concretamente, la última década resalta por presentar las cifras más altas: 190 fallecidos y una tasa media de 2‰.

La distribución de los casos por sexo y etapa del desarrollo —adultos y párvulos— (**Tabla 2**) confirma que las diferencias a favor de los adultos son enormes (92,5 vs. 7,5%) y que hubo un leve predominio de las mujeres (51,7%).

El segmento que incluye los grupos de edad entre los 45 y los 74 años es el más numeroso (**Tabla 3**), con 228 defunciones (54,8%), y el más nutrido es el grupo de 65 - 74 años, con 79 fallecidos (19,0%), aunque las diferencias son mínimas. Por otra parte, en los meses fríos se encontró la mayor mortalidad (**Tabla 4**), aunque es reseñable también la de agosto con 42 defunciones (10,1%). Los meses más afectados fueron diciembre y marzo con 45 fallecidos, ambos representan un 10,8%. El mes con menor incidencia fue junio donde se informaron 26 fallecimientos (6,3%).

La distribución detallada de las enfermedades cardiovasculares encontradas en Jerez de los Caballeros, en el siglo XIX (**Tabla 5**), demostró —como era de esperar— que las enfermedades orgánicas del corazón fueron las más numerosas (243 casos, 58,4%) y, aunque el abanico de diagnósticos es muy amplio, la mayoría se refiere a la insuficiencia cardíaca: a) la de

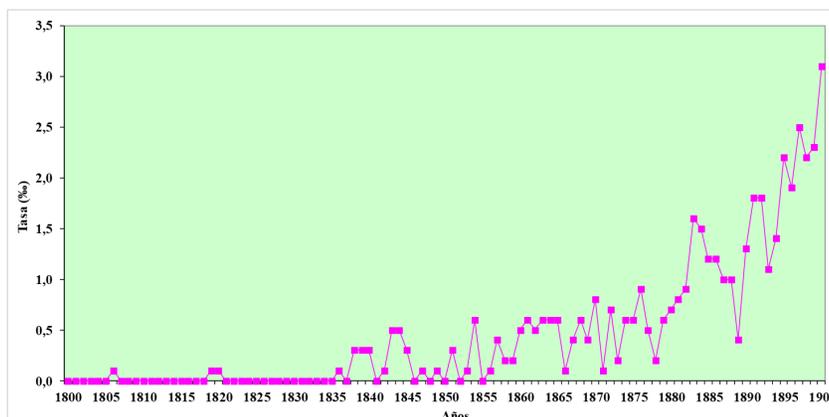


Figura 1. Evolución de la tasa bruta de mortalidad específica para las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio.

Tabla 2. Distribución de los fallecidos por enfermedades del corazón y el aparato circulatorio, según sexo y etapa del desarrollo.

Sexo	Adultos		Párvulos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombres	182	47,3	19	61,3	201	48,3
Mujeres	203	52,7	12	38,7	215	51,7
Total	385	92,5	31	7,5	416	100

Fuente: Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros. Libros de Difuntos (1800-1900).

Tabla 3. Distribución de los fallecidos por enfermedades del corazón y el aparato circulatorio según grupos de edad.

Edad (años)	Nº	%
< 1	13	3,1
< 1 mes	5	38,5
1-3 meses	5	38,5
4-6 meses	-	-
7-12 meses	3	23,0
1 - 3	12	2,9
4 - 7	2	0,5
8 - 14	15	3,6
15 - 24	36	8,6
25 - 34	19	4,6
35 - 44	49	11,8
45 - 54	72	17,3
55 - 64	77	18,5
65 - 74	79	19,0
75 - 84	35	8,4
85 - 94	5	1,2
> 94	2	0,5
Total	416	100,0

Fuente: Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros. Libros de Difuntos (1800-1900).

Tabla 4. Distribución de los fallecidos por enfermedades del corazón y el aparato circulatorio según los meses del año (estacionalidad).

Mes	Nº	%
Enero	42	10,1
Febrero	40	9,6
Marzo	45	10,8
Abril	31	7,4
Mayo	37	8,9
Junio	26	6,3
Julio	17	4,1
Agosto	42	10,1
Septiembre	32	7,7
Octubre	29	7,0
Noviembre	30	7,2
Diciembre	45	10,8
Total	416	100,0

Fuente: Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros. Libros de Difuntos (1800-1900).

tipo congestivo, originada por miocardiopatías orgánicas como la hipertrofia del corazón, que los autores antiguos definían como un “...engrosamiento de las paredes de este órgano, con o sin agrandamiento, o aun con disminución de sus cavidades”¹²; b) la dilatación del corazón o cardiectasia; c) y las enfermedades de los orificios y de las válvulas del corazón; presentan un desarrollo insidioso que favorece la aparición de mecanismos compensadores, para aumentar el gasto cardíaco.

La hipertrofia del corazón, por su parte, es el diagnóstico más frecuente con 103 casos (24,8%), que antiguamente era considerada como algo natural, inherente al envejecimiento, a consecuencia de los progresos de la edad, y era raro antes de la tercera década de la vida. Le siguen en orden de frecuencia los aneurismas, con 74 casos, que representan un 17,8% del total. Entendidas antiguamente como una inflamación especial de la membrana serosa interna del corazón¹³, las endocarditis, con 19 registros (4,6%), tienen una presencia testimonial (**Tabla 5**).

Tabla 5. Enfermedades del corazón y el aparato circulatorio distribuidas por grupos y subgrupos.

Enfermedades	Nº de casos
Pericarditis	15 (3,6%)
- Pericarditis	8
• Aguda	2

• Crónica	1
- Hidropericarditis	3
- Hidropericardio esclerótico	1
Endocarditis	19 (4,6%)
- Endocarditis	10
• Aguda	1
• Crónica	4
• Infecciosa	1
- Miocarditis	3
Enfermedades orgánicas del corazón	243 (58,4%)
- Lesión orgánica al corazón	32
- Lesión al corazón	28
- Carditis crónica	2
- Enterocarditis aguda	1
- Hidrocarditis	1
- Hipertrofia del corazón	103
- Hipertrofia cardíaca	2
- Accidente de corazón	1
- Hidropesía al corazón	2
- Atrofia al corazón	1
- Dolor en el corazón	1
- Asistolia	35
• Aguda	1
• Aparato circulatorio	1
- Parálisis del corazón	4
- Apoplejía en el corazón	1
- Afección al corazón	1
• Crónica	1
- Efecto de un afecto al corazón	1
- Dilatación del corazón	2
- Colapso cardíaco	6
- Insuficiencia valvular	4
• Mitral	1
- Estrechez válvula mitral	1
- Insuficiencia mitral	1
- Estrechez aórtica	3
- Insuficiencia aórtica	5
- Inflamación aórtica	1
Angina de pecho	6 (1,4%)
- Angina de pecho	6
Afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, otras	83 (20,0%)
- Arteritis embólica	1
- Arteria crónica	1
- Aneurisma	17
• Aorta	5
▪ Ascendente en el último período	1
▪ Aorta descendente	1
• En el corazón	46
• En tercer grado	1
• Y catarro pulmonar	1
• Complicado con ascitis	1

• Seroso	1
- Arterioesclerosis	7
Embolia	7 (1,7%)
- Embolia de las arterias pulmonares en el curso de fiebre puerperal	1
- Embolia cerebral	6
Flebitis y otras afecciones de las venas	6 (1,4%)
- Flebitis	2
• Supurativa	1
• Umbilical	1
- Vasculitis aguda	1
- Flegmatia alba con síntomas pútridos	1
Otras afecciones del sistema linfático	1 (0,3%)
- Accidente linfático	1
Hemorragia	30 (7,2%)
- Hemorragia	19
• Aguda	1
• Interna	3
- Hematuria	3
- Hematitís	1
- Hemólisis crónica	1
- Hemólisis fulminante	1
- Epistaxis pasivas	1
Otras afecciones del aparato circulatorio	6 (1,4%)
- Inflamación del bazo	5
- Mal del bazo	1
Total	416 (100%)

Fuente: Fuente: Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros. Libros de Difuntos (1800-1900).

Nota: Las posibles erratas en los nombres de las enfermedades, ortografía y gramática, son debidas al uso del castellano antiguo.

La **figura 2** refleja la distribución de los fallecidos por grupos de edad, según las principales enfermedades descritas. Por su parte, las tasas brutas de mortalidad relacionadas con las afecciones orgánicas del corazón —al igual que sucede con las generales—, comienzan a crecer a partir de la última década del siglo (**Figura 3**); hasta entonces solo aparecen 96 de los 243 fallecidos por esta causa, y una tasa promedio de apenas 0,12‰. Los 147 restantes se encontraron en la década de 1890, con una tasa bruta de 1,4‰; donde destaca sobre los demás el año de 1900 con 23 fallecidos y una tasa de 2,2‰.

DISCUSIÓN

La dificultad de este estudio, en consonancia a lo que le ha ocurrido a otros investigadores¹⁴, radica en el problema para recopilar datos fidedignos e interpretarlos adecuadamente, debido a los posibles errores de transcripción, interpretación y diagnóstico de las enfermedades.

El problema metodológico sobre cómo emprender el análisis de la mortalidad (el diagnóstico retrospectivo), a partir de las expresiones diagnósticas que se recogen en las actas de defunción de los libros de registro parroquiales y civiles, es abordado a través del estudio semántico documental, que presenta una serie de dificultades que han comentado varios autores¹⁵⁻¹⁸. Así, el empleo de unos u otros criterios de clasificación o nomenclatura de las causas de muerte, posibilita establecer comparaciones con los resultados obtenidos en otros estudios.

Por otro lado, los datos que nos ofrecen los Libros de Difuntos respecto a la mortalidad y las causas del fallecimiento, deben ser tomados con prudencia, ya que —con frecuencia— son parciales o incompletos, sujetos a la interpretación de las papeletas de defunción por parte de los párrocos, al carecer de conocimientos médicos. El Profesor Delfín García Guerra, prologuista del libro *La Salud Pública en Zafrá en el siglo XIX*, afirma que: “Un acta de defunción o una anotación de un Libro de Difuntos, solamente nos ratifica el hecho de la muerte de un individuo, pero nunca constituye una evidencia de las verdaderas causas del fallecimiento. Pretender valorarlas como una especie de acta notarial expedida por el médico, que nos da

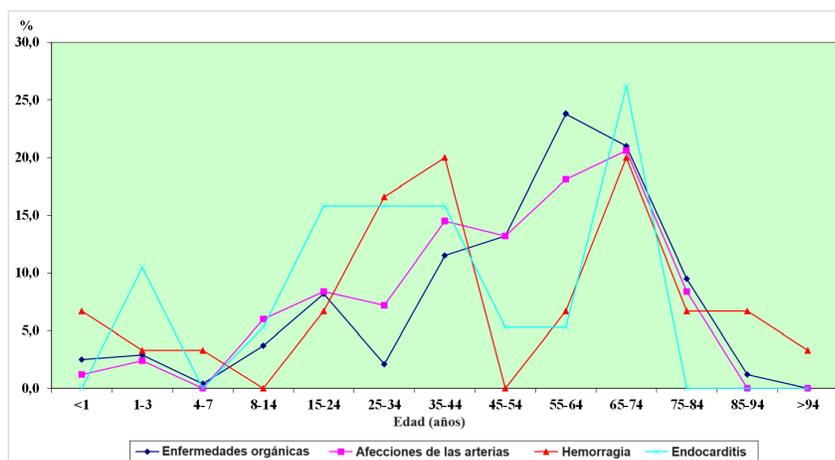


Figura 2. Distribución por grupos de edad de los fallecidos por las principales enfermedades del corazón y el aparato circulatorio.

fe de las verdaderas causas de mortalidad constituye un error en el que el historiador ha caído con demasiada frecuencia”¹⁹.

Las pericarditis, por ejemplo, fueron enfermedades escasamente registradas, quizás debido a las dificultades para su diagnóstico. Así, se consideraba a la pericarditis aguda “...el más bello triunfo que puede ofrecer el método de examen por la exploración física”²⁰. De esta manera, la pericarditis se diagnosticaba fundamentalmente de forma anatómica, al cerciorarse de la hidropesía fibrinosa más o menos abundante del pericardio. Define Monneret la pericarditis como: “La inflamación de la membrana serosa que cubre el corazón y la de su saco fibrinoso [...] caracterizada por una exudación serofibrinosa ó purulenta, que dificulta la locomoción cardíaca, aleja los ruidos valvulares ó determina un ruido de frote”²¹.

Los diagnósticos solían hacerse a través de la percusión y auscultación, y se usaban —con gran frecuencia— para que los mozos llamados a filas fueran excluidos del Servicio Militar.

A diferencia de la dilatación cardíaca total (aneurisma pasivo), es raro “...encontrar la dilatación parcial de las mismas paredes, en una palabra, el verdadero aneurisma”²⁰.

Así pues, la cautela a la hora de estudiar los resultados es fundamental, debido —entre otras cuestiones— a los cambios en los criterios de clasificación de las enfermedades, a la capacidad de diagnóstico y a sus formas de registro. Según refiere Bernabeu Mestre²², las expresiones diagnósticas eran resultado del “...sedimento terminológico resultante de la difusión social de conocimientos científico-médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas”. Con frecuencia, las causas de mortalidad no eran más que signos o síntomas: tos, accidente, fiebre, dolor, entre otras; y algunas causas abrían tanto las posibilidades diagnósticas que resultan totalmente imprecisas: enfermedad del pecho, dolor de costado o hinchazón del vientre²³.

Amador Fernández²⁴, en su estudio sobre la mortalidad en la cercana población de Almendralejo, encontró 645 fallecimientos por las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio, un 3,1% del total de 26 837 defunciones. También las enfermedades orgánicas del corazón fueron las más frecuentes con 382

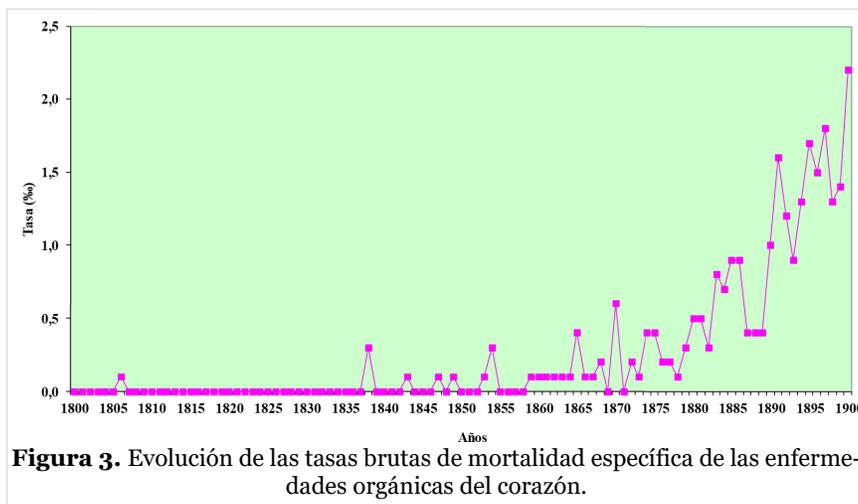


Figura 3. Evolución de las tasas brutas de mortalidad específica de las enfermedades orgánicas del corazón.

casos (59,2%), seguidas de las afecciones de las arterias con 91 registros (14,1%) y las pericarditis, 70 fallecidos (10,9%). En cambio, para Pineda Núñez²⁵, el porcentaje de decesos por estas enfermedades fue mayor (8,7%), al encontrar 2590 fallecidos de un total de 29 885 muertes por cualquier causa en Los Santos de Maimona, Badajoz, España. De estos, 1309 correspondieron a enfermedades orgánicas del corazón (50,5%), 450 a afecciones de las arterias (17,4%) y 163 a endocarditis (6,3%). La diferencia es que este estudio se extendió hasta 1992. Por último, en Olivenza —también en la provincia de Badajoz— se encontraron 259 registros, de un total de 20 590 fallecidos (1,3%), de los cuales 169 fueron enfermedades orgánicas del corazón (65%), 32 aneurismas (12,4%) y 23 hemorragias (8,9%)²⁶.

CONCLUSIONES

Las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio representan la novena causa de mortalidad en Jerez de los Caballeros durante el siglo XIX. Predominaron los fallecidos adultos y del sexo femenino, con mayor frecuencia en los meses de marzo y diciembre; así como las enfermedades orgánicas del corazón, y —dentro de ellas— la hipertrofia del corazón. La última década del siglo es la que tiene mayores tasas de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XIX. Cuaderno 4. Madrid: Real Academia Nacional

- de Medicina; 1899. pp. 314.
2. Bertillon J. Nomenclatura de las enfermedades (causas de las defunciones por...). Madrid: Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Madrid. 1899.
 3. Commission internationale chargée de reviser les nomenclatures nosologiques. Nomenclatures des Maladies (Statistique de Morbilité - Statistique des Causes de Décès) arrêtées par la Commission Internationale Chargée de Reviser les Nomenclatures Nosologiques (18-21 août 1900) pour être en usage à partir du 1er janvier 1901 avec notices et annexes par Jacques Bertillon. Montévrain: Impr. Typographique de l'École d'Álembert; 1903.
 4. Arbaiza Vilallonga M. Causas sociales de la mortalidad durante la industrialización vizcaína (1877-1930). *Asclepio*. 1997;49(1):245-83. [DOI]
 5. Vallín J. Seminario sobre causas de muerte: Aplicación al caso de Francia. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía; 1987.
 6. Mayans-Joffre FJ. Gran Enciclopedia Extremeña. Mérida: Ediciones Extremeñas; 1989. pp. 99.
 7. Madoz P. Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de ultramar. Tomo IX. Madrid: Estudio Literario-Tipográfico de Madoz y Sagasti; 1849. pp. 626.
 8. Reques Velasco P. Los cambios de la población en el tiempo: La dinámica demográfica. En: Geodemografía. Una introducción al análisis geográfico de la población. Módulo 4 [Bases teóricas]. Santander: Universidad de Cantabria; 2014. [Enlace]
 9. Bustelo F. La transformación de vecinos en habitantes. El Problema del coeficiente. Madrid: Apud Estudios Geográficos; 1973. pp. 164.
 10. Pérez Moreda V. La crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX). Madrid: Siglo XXI de España; 1980. pp. 36.
 11. Archivo Parroquial de Jerez de los Caballeros (APJC). Libro de Difuntos nº 7 (1805-1833). Jerez de los Caballeros: Parroquia de Santa Catalina; 1833. Fol. 23 v.
 12. Sociedad de Médicos bajo la dirección del Dr. Fabrè. Diccionario de los Diccionarios de Medicina Franceses y Extranjeros, ó Tratado Completo de Medicina y Cirugía Prácticas (con un tomo suplementario por los profesores de medicina y cirugía D. Federico Borrell y D. Teodoro Yáñez). Tomo II. Madrid: Imprenta y Estereotipia Española de los Sres. Nieto y compañía; 1858. pp. 513.
 13. Sociedad de Médicos bajo la dirección del Dr. Fabrè. Diccionario de los Diccionarios de Medicina Franceses y Extranjeros, ó Tratado Completo de Medicina y Cirugía Prácticas (con un tomo suplementario por los profesores de medicina y cirugía D. Federico Borrell y D. Teodoro Yáñez). Tomo II. Madrid: Imprenta y Estereotipia Española de los Sres. Nieto y compañía; 1858. pp. 445.
 14. Anaut Bravo S. Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona (1880-1935). Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 1998. pp. 157.
 15. Imhof AE. Methodological Problems in Modern Urban History Writing: Graphic Representations of Urban Mortality 1750-1850. En Porter R y Wear A, eds. Problems and Methods in the History of Medicine. London: Routledge; 1987. pp. 101-32. [DOI]
 16. Alter GC, Carmichael AG. Classifying the dead: toward a history of the registration of causes of death. *J Hist Med Allied Sci*. 1999;54(2):114-32. [DOI]
 17. Arrizabalaga J. Medical causes of death in preindustrial Europe: some historiographical considerations. *J Hist Med Allied Sci*. 1999;54(2):241-60. [DOI]
 18. Barona JL. Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Rev Dem Hist*. 1993;11(3):49-64. [Enlace]
 19. Peral D. La Salud Pública en Zafra en el siglo XIX. Badajoz: Bartolomé Gil Santacruz; 1993. pp. 15.
 20. Bouchut E, Després A. Diccionario de Medicina y Terapéutica Médica y Quirúrgica. Traducción de la 3ª edición francesa. 2ª Tirada. Madrid: Carlos Bailly-Bailliere; 1878.
 21. Monneret E. Tratado Elemental de Patología Interna. Tomo Primero. Madrid: Carlos Bailly-Bailliere; 1868. pp. 249.
 22. Bernabeu Mestre J. Expresiones diagnósticas y causas de muerte: Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. *Rev Dem Hist*. 1993;11(3):11-22. [Enlace]
 23. Bernabeu Mestre J, López Piñero JM. Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: Higiene, salud y medio ambiente. *Rev Dem Hist*. 1987;5(2):70-9. [Enlace]
 24. Amador Fernández MA. La Salud Pública y la Medicina en Almendralejo en el siglo XIX [Tesis Doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura (Facultad de Medicina); 2006. pp. 462.
 25. Pineda Núñez LF. Las causas de mortalidad en Los Santos de Maimona 1800-1992 [Tesis Doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura (Facultad de Medicina); 2001. pp. 84-8.
 26. Fernández López JM. La mortalidad y la salud pública en Olivenza (Badajoz) durante el siglo XIX [Tesis Doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura (Facultad de Medicina); 2015. pp. 95. [Enlace]