

el tratamiento de 5 años objetivaron una reducción de la tasa de recurrencias a los 10 años del 47%, una reducción de la incidencia de tumores contralaterales del 47% y una disminución de la mortalidad del 26%. El número necesario de pacientes a tratar (NNT) para prevenir una recurrencia era de 8, y para prevenir una muerte, de 22. En lo referente a los efectos secundarios, el NNT era de 97 para un caso de cáncer de endometrio.

El efecto preventivo sobre la recurrencia y los tumores contralaterales hizo considerar la posibilidad del uso del tamoxifeno como tratamiento en prevención primaria. Un importante ensayo en ese sentido, el US Breast Cancer Prevention Trial, se dio por finalizado antes de lo previsto ante los resultados obtenidos: una reducción del 45% de la incidencia del tumor (85 casos en el grupo tratado con tamoxifeno y 154 en el grupo placebo, de un total de 239 casos en 13.338 mujeres). Los efectos secundarios fueron mayores en el grupo tamoxifeno: 33 casos de cáncer de endometrio por 14 en grupo placebo; 17 embolias pulmonares por 6 y 30 trombosis venosas profundas del grupo tratado frente a 19 del grupo placebo.

Dos estudios posteriores, uno inglés (2.471 mujeres seguidas durante 6 años) y otro italiano (5.408 durante 4 años), no hallaron diferencias significativas en la incidencia de cáncer de mama entre el grupo tratado con tamoxifeno y el grupo placebo. El menor tamaño de ambos estudios, el hecho de que el inglés incluyese a mujeres más jóvenes y con historia familiar de alto riesgo –quizás menos susceptibles a la prevención– tratadas durante más tiempo y que el italiano incluyese a mujeres más jóvenes e histerectomizadas y con una alta tasa de abandonos (26%) podrían explicar las diferencias con el estudio estadounidense.

Resumiendo, la utilidad del tamoxifeno como tratamiento coadyuvante parece demostrada, si bien habrá que considerar cada caso individualmente. En cuanto a su utilidad en la prevención primaria, deberemos esperar nuevos estudios en ese campo.

En el caso de nuestra paciente, dejamos clara la efectividad del tamoxifeno como tratamiento coadyuvante, pero también quedó patente el riesgo de cáncer de endometrio en una mujer joven y no histerectomizada.

WALTER BLANCO LÓPEZ

Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. UBS Es Castell. CS Dalt. Sant Joan de Mahón. Menorca.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso JM. Cáncer de mama: manejo desde atención primaria. *SEMERGEN* 2000; 26: 491-501.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 1998; 351: 1451-1567.
- Fisher B, Constantino JP, Wickerham DL, Redmon CK, Kavanah M, Cronin WM et al. Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14. *J Nat Can Inst* 1994; 86: 527-537.
- Fisher B, Constantino JP, Wickerham DL, Radmacher MD, Simon R. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Nat Can Inst* 1998; 90: 1371-1388.

Love RR, Mazess RB, Barden HS, Epstein S, Newcomb PA, Jordan VC. Effects of tamoxifen on bone mineral density in postmenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med* 1992; 326: 852-856.

Love RR, Wiebe DA, Newcomb PA, Cameron L, Leventhal H, Jordan VC. Effects of tamoxifen on cardiovascular risk factors in postmenopausal women. *Ann Int Med* 1991; 115: 860-864.

Powles T, Eeles R, Ashley S et al. Interim analysis of the incidence of breast cancer in the Royal Marsden Hospital tamoxifen randomised chemoprevention trial. *Lancet* 1998; 352: 98-101.

Radmacher MD, Simon R. Estimation of tamoxifen's efficacy for preventing the formation and growth of breast tumors. *J Nat Can Inst* 2000; 9: 48-53.

Veronesi U, Maisonneuve P, Costa A, Sacchini V, Maltoni C, Robertson C. Prevention of breast cancer with tamoxifen: preliminary findings from the Italian randomised trial among hysterectomised women. *Lancet* 1998; 352: 93-97.

Sobre el índice kappa

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés el artículo de Abaira sobre el índice kappa y nos parecen muy loables iniciativas como ésta para dar a conocer y divulgar temas sobre aspectos metodológicos entre los profesionales de la atención primaria de salud. Aunque se hace una descripción didáctica de la influencia que pueden tener en la interpretación del índice kappa tanto la baja prevalencia del factor estudiado como la similitud de prevalencias entre dos observadores de un estudio cuando se comparan dos variables de tipo cualitativo dicotómico (sí/no), entendemos que no son de aplicación estos argumentos para los resultados del artículo nuestro al que se hace referencia. Como describíamos en el artículo¹, en nuestra muestra los médicos de atención primaria diagnosticaban de nevus melanocíticos a 202 pacientes de una población total de 478 enfermos, lo que en este nivel da una prevalencia del 42,6% de nevus. En el nivel de la atención especializada, los dermatólogos diagnosticaban de nevus melanocítico a 374 de aquellos pacientes, lo que da una prevalencia en este nivel asistencial del 78,2%. No se cumplen, por tanto, los supuestos ni de baja prevalencia en los niveles asistenciales (media o moderada si se apura en el de atención primaria) ni de parecida entre ellos, con una diferencia entre ambas del 38,6%. En el artículo original comentábamos la baja concordancia encontrada y que ésta era inferior a la de otros estudios donde se comparan los niveles de atención primaria y atención especializada para otros diagnósticos u otras pruebas diagnósticas²⁻⁸, y dábamos una línea de investigación para profundizar en esas diferencias. No se describe exactamente cómo se calculó el índice kappa porque es un índice tan conocido y generalizado que no lo creímos oportuno y tampoco se nos requirió en la evaluación del artículo. En cualquier caso, sólo hay una forma de calcularlo, que se describe en el artículo de Abaira, y esperamos que los lectores de la Revista tomen buena nota para realizar estudios donde lo puedan aplicar. También se comentan en nuestro artículo los posibles sesgos y no se hizo referencia al de la prevalencia del factor de estudio porque entendíamos que no había lugar a dudas. De todas formas, para pro-

fundizar en los aspectos que la prevalencia del factor de estudio tiene sobre la evaluación de la concordancia diagnóstica recomendamos el artículo de Grove et al⁹.

G. RODRÍGUEZ CARAVACA
Unidad de Medicina Preventiva.
Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo C, González Mosquera M, Úcar Corral E, González Piñeiro B, López Bran E. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada al evaluar nevus melanocíticos. *SEMERGEN* 2000; 26: 428-431.
2. Arribas JM, Martín S, Villalva P, Bru S, Vilaroel J, Suárez E et al. Estudio del acuerdo diagnóstico entre médico de familia y dermatólogo. *Medifam* 1995; 5: 17-21.
3. Bolumar F, Ruiz MT, Hernández I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol* 1994; 21: 2344-2348.
4. Sánchez M, Tovar J, Medina MA. Concordancia diagnóstica entre los médicos de atención primaria y los reumatólogos. *Aten Primaria* 1994; 13: 446-448.
5. García L, Alonso MT, Olmos O, Barrios M, Arias P, Carratalá FJ. Utilidad del electrocardiograma anual en el control de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1990; 7: 551-556.
6. Moreno A, Iglesias P, Arbesu E. Grado de concordancia en la interpretación de electrocardiogramas. *Aten Primaria* 1995; 16: 187-191.
7. Rodríguez-Caravaca G, Villar-del-Campo MC. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria* 2000; 25: 292-296.
8. Rodríguez G, Martínez P, Villar I, Prats P, Viéitez A, López E. Concordancia diagnóstica entre dermatólogos de hospital y de ambulatorio. *Piel* 1999; 14: 72-75.
9. Grove WM, Andreason NC, McDonald-Scott P. Reliability studies on psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 408-413.