

TRABAJO FIN DE MÁSTER  
MÁSTER UNIVERSITARIO OFICIAL EN CIENCIA DE DATOS E  
INGENIERÍA DE COMPUTADORES

# **Epidemiología y detección de biomarcadores en cáncer**

**Autor:**

Daniel Redondo Sánchez

**Tutores:**

Ignacio Rojas

Luis Javier Herrera

Daniel Castillo

Granada, septiembre de 2020



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**



## 0. Índice general

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abstract</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1. Introducción</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1. Objetivos del trabajo . . . . .   | 7         |
| 1.2. Cáncer . . . . .  | 7         |
| 1.2.1. Cáncer de hígado . . . . .  | 8         |
| 1.2.2. Cáncer de colon-recto . . . . .                                       | 10        |
| 1.3. Ciencias -ómicas . . . . .  | 11        |
| 1.3.1. ¿Secuenciación del genoma? . . . . .                                  | 11        |
| 1.3.2. Transcriptómica y ARN . . . . .                                       | 11        |
| <b>2. Epidemiología del cáncer</b>   | <b>13</b> |
| 2.1. Indicadores epidemiológicos . . . . .                                   | 13        |
| 2.2. Incidencia de cáncer . . . . .  | 14        |
| 2.2.1. Incidencia del total del cáncer excepto piel no melanoma . . . . .    | 16        |
| 2.2.2. Incidencia de cáncer de hígado . . . . .                              | 17        |
| 2.2.3. Incidencia de cáncer de colon-recto . . . . .                         | 17        |
| 2.3. Mortalidad por cáncer . . . . .   | 18        |
| 2.3.1. Mortalidad del total del cáncer excepto piel no melanoma . . . . .    | 18        |
| 2.3.2. Mortalidad de cáncer de hígado . . . . .                              | 18        |
| 2.3.3. Mortalidad de cáncer de colon-recto . . . . .                         | 18        |
| 2.4. Supervivencia de cáncer . . . . .                                       | 18        |
| 2.4.1. Supervivencia del total del cáncer excepto piel no melanoma . . . . . | 18        |
| 2.4.2. Supervivencia de cáncer de hígado . . . . .                           | 18        |
| 2.4.3. Supervivencia de cáncer de colon-recto . . . . .                      | 18        |
| 2.5. Prevalencia de cáncer . . . . .   | 18        |
| 2.5.1. Prevalencia del total del cáncer excepto piel no melanoma . . . . .   | 19        |
| 2.5.2. Prevalencia de cáncer de hígado . . . . .                             | 19        |
| 2.5.3. Prevalencia de cáncer de colon-recto . . . . .                        | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3. <i>Machine learning</i> aplicado a transcriptómica</b>  | <b>21</b> |
| 3.1. Selección de características . . . . .                   | 21        |
| 3.1.1. Mínima redundancia, máxima relevancia (mRMR) . . . . . | 21        |
| 3.1.2. <i>Random Forest</i> (RF) . . . . .                    | 21        |
| 3.1.3. Asociación de enfermedades (DA) . . . . .              | 21        |
| 3.2. Algoritmos de clasificación . . . . .                    | 21        |
| 3.2.1. Máquinas de soporte vectorial (SVM) . . . . .          | 21        |
| 3.2.2. k-vecinos más cercanos (kNN) . . . . .                 | 21        |
| <b>4. Detección de biomarcadores en cáncer de hígado</b>      | <b>23</b> |
| 4.1. Introducción . . . . .                                   | 23        |
| 4.2. Metodología . . . . .                                    | 23        |
| 4.2.1. Fuente de datos . . . . .                              | 23        |
| 4.2.2. Análisis . . . . .                                     | 25        |
| 4.3. Resultados . . . . .                                     | 25        |
| 4.4. Conclusiones . . . . .                                   | 25        |
| <b>5. Detección de biomarcadores en cáncer de colon-recto</b> | <b>27</b> |
| 5.1. Introducción . . . . .                                   | 27        |
| 5.2. Metodología . . . . .                                    | 27        |
| 5.3. Resultados . . . . .                                     | 27        |
| 5.4. Conclusiones . . . . .                                   | 27        |
| <b>6. Aplicación web para detección de biomarcadores</b>      | <b>29</b> |
| <b>7. Conclusiones y líneas abiertas de trabajo</b>           | <b>31</b> |
| <b>Bibliografía</b>   | <b>32</b> |
| <b>Anexo I: Código de análisis en R</b>                       | <b>37</b> |
| <b>Anexo II: Código de aplicación web</b>                     | <b>39</b> |

## **Abstract**

Abstract en inglés

## **Resumen**

Abstract en español



## 1. Introducción

---

### 1.1. Objetivos del trabajo

En el presente Trabajo Fin de Máster se analiza la epidemiología de los cánceres de hígado y colon-recto y se detectan genes que permiten identificar tumores.

- En el capítulo 1,
- En el capítulo 2,
- En el capítulo 3,
- En el capítulo 4,
- En el capítulo 5,
- En el capítulo 6,
- En el capítulo 7,

### 1.2. Cáncer

El cáncer es una enfermedad en la que se produce una división incontrolada de las células [1]. Aunque generalmente se habla del cáncer como una única enfermedad se trata en realidad de un conjunto de enfermedades, existiendo más de 100 tipos distintos de cáncer [2].

El cáncer es una enfermedad genética, esto es, causada por cambios en los genes que controlan las funciones celulares [2]. En general, el proceso de creación del cáncer es complejo y multifactorial: a menudo el causante no es un solo elemento, sino la combinación e interacción de distintos factores ambientales y genéticos [3].

Los factores causantes del cáncer se pueden clasificar principalmente en tres categorías:

1. Factores no modificables. Son elementos que no se pueden cambiar, como la edad o la herencia genética [4,5].
2. Factores modificables o prevenibles, como el tabaco, el alcohol, la dieta o la exposición a distintos carcinógenos [6].
3. Otros factores. Algunas circunstancias no se corresponden a ninguna de las categorías anteriores ya que algunos de sus aspectos no se pueden cambiar. Es el caso de factores socioeconómicos (como cobertura sanitaria en el lugar de residencia o privación económica) y factores reproductivos u hormonales (como toma de anticonceptivos, lactancia materna o terapia hormonal sustitutiva en mujeres menopáusicas) [5].

A continuación se introducen dos tipos de cáncer con los que se trabajará más adelante: el cáncer de hígado y el cáncer de colon-recto.

### **1.2.1. Cáncer de hígado**

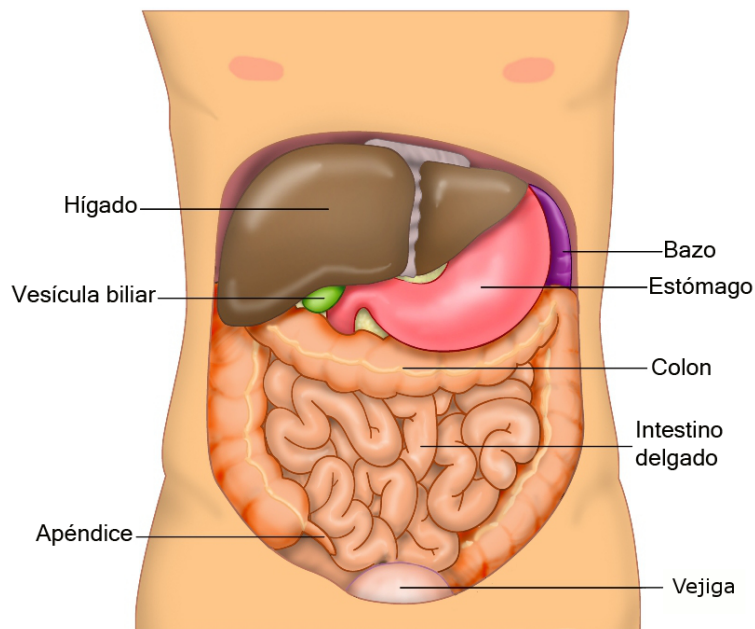
El cáncer de hígado se corresponde con el código C22 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, integrando las neoplasias malignas de hígado y vías biliares intrahepáticas [7,8].

#### **Anatomía y funciones del hígado**

El hígado es el órgano interno más grande y pesado del cuerpo humano, está situado en el cuadrante superior derecho del abdomen, debajo de las costillas, y está compuesto principalmente por dos lóbulos [9].



**Figura 1.** Anatomía del abdomen humano. Ilustración de Ties van Brussel.



Las funciones del hígado son múltiples y diversas. Las principales son procesar, particionar y metabolizar macronutrientes, regular el volumen de sangre, apoyar al sistema inmune, eliminar sustancias químicas como el alcohol y otras drogas y producir bilis para absorber grasas [10]. Es un órgano imprescindible para la vida.

### Factores de riesgo

Uno de los factores de riesgo más comunes del cáncer de hígado es la presencia de cirrosis, o sustitución de células sanas de hígado por tejido cicatrizado. La cirrosis puede producirse por varias causas, siendo las más habituales el consumo excesivo de alcohol y la infección con el virus de la hepatitis B o C [11]. Otros factores de riesgo son el tabaco, la obesidad, padecer diabetes tipo II y consumir esteroides anabólicos [11, 12].

La prevención del cáncer de hígado se basa en reducir la exposición a factores de riesgo como el tabaco y el alcohol, y en vacunarse contra la hepatitis B [11].

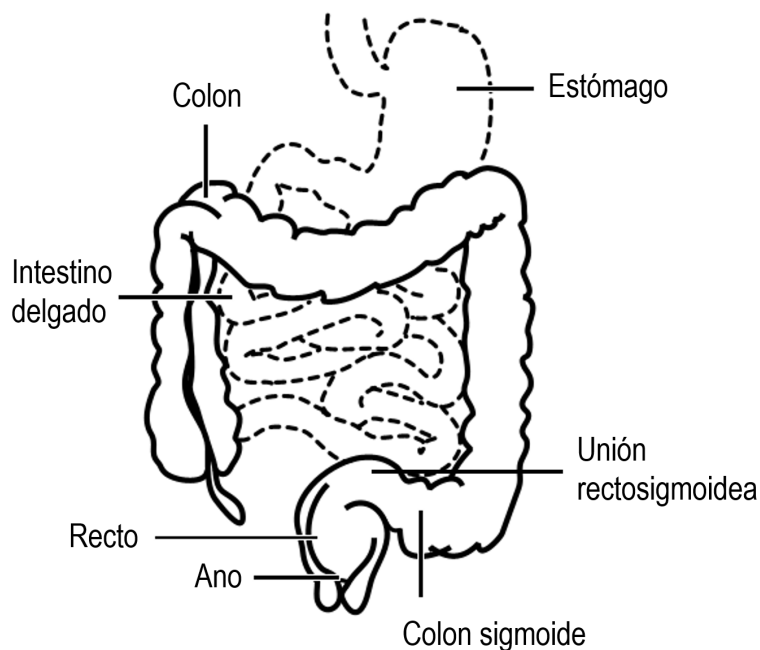
### 1.2.2. Cáncer de colon-recto

Las neoplasias malignas de colon, recto, unión rectosigmoidea, ano y canal anal (códigos C18-C21 según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión [7, 8]) a menudo se estudian agrupadas por tener características muy similares.

#### Anatomía y funciones del colon-recto

El colon tiene 3 funciones principales: absorción de agua y electrolitos, producción y absorción de vitaminas y movimiento de heces hacia el recto para su eliminación por el ano [13].

**Figura 2.** Anatomía del intestino humano. Ilustración de Ties van Brussel.



#### Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo del cáncer de colon-recto se puede distinguir entre factores modificables y no modificables.

Entre los factores de riesgo que son modificables destacan el sobrepeso, la inactividad física, las dietas con alto consumo de carnes rojas o procesadas, y el consumo

de tabaco y alcohol [14].

Una edad superior a 50 años, padecer diabetes tipo 2 y tener antecedentes personales o familiares de cáncer de colon-recto, pólipos o enfermedad intestinal inflamatoria, como colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, son algunos de los factores de riesgo no modificables [14]. También existen algunos síndromes hereditarios como el síndrome de Lynch que aumentan las posibilidades de padecer cáncer de colon-recto [15].

Para intentar prevenir el cáncer de colon-recto se deben cambiar aquellos factores que son modificables: realizar ejercicio, mantener una dieta saludable y evitar el consumo de tabaco y alcohol. Además, en los últimos años se están implementando programas de cribado de cáncer de colon-recto para detectar pólipos o diagnosticar el cáncer en etapas iniciales mediante análisis como pruebas de sangre oculta en heces o colonoscopias [16].

### 1.3. Ciencias -ómicas

Principales con descripción + mencionar otras  
Ver apuntes asignatura bioinformática

#### 1.3.1. ¿Secuenciación del genoma?

Human Genome Project, ...  
DEGs,

#### 1.3.2. Transcriptómica y ARN

Daniel: La genómica estudia el genoma como tal (Cromosomas, mutaciones y variaciones tanto de nucleótidos concretos como de regiones del genoma), sin embargo la transcriptómica estudia las transcripciones de los genes, transcripciones que luego son convertidas a proteínas. Tanto RNA-seq como microRNA, se enmarcan en el ámbito de transcriptómica.



## 2. Epidemiología del cáncer

---

La Epidemiología se ha definido tradicionalmente como el estudio de la distribución y de los determinantes de la enfermedad en los seres humanos [1]. En un sentido más amplio, sin limitarse únicamente a la enfermedad, la epidemiología se define como el estudio de la aparición y distribución de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas, incluyendo el estudio de los determinantes de estos estados, y la aplicación de este conocimiento al control de los problemas de la salud [2, 3].

[1] MacMahon B, Pugh TF. Principios y métodos de Epidemiología. Segunda edición. México: La Prensa Médica Mexicana, 1983. [2] Last JM. Diccionario de Epidemiología. Barcelona: Salvat, 1989. [3] Porta M (editor). A Dictionary of Epidemiology (5th edition). New York: Oxford University Press; 2008.

### 2.1. Indicadores epidemiológicos

Para medir en la población el impacto del cáncer se utilizan principalmente cuatro indicadores:

- **Incidencia** (casos nuevos). Mide el riesgo de presentar cáncer.
- **Mortalidad** (defunciones). Mide el riesgo de morir por cáncer.
- **Supervivencia** (porcentaje de casos vivos). Mide la historia natural del cáncer y efectividad del tratamiento.
- **Prevalencia** (casos nuevos y antiguos, vivos). Mide la carga asistencial de la enfermedad.

Añadir tendencias

#### Referencias:

GLOBOCAN - [17, 18]

ECIS - [19, 20]

REDECAN - [21]

Población INE - [22]

Defunciones Ministerio - [23].

## 2.2. Incidencia de cáncer

Para medir de manera precisa la incidencia de cáncer en una población es necesaria la existencia de un Registro de Cáncer Poblacional. Estas entidades se dedican a registrar exhaustivamente todos los casos de cáncer diagnosticados en un área geográfica, y sus datos son muy útiles para todo tipo de estudios epidemiológicos. Algunos de estos Registros cubren la población de todo un país (por ejemplo, Canadá) mientras que otros cubren regiones concretas (por ejemplo, la provincia de Granada). Desgraciadamente, muchas áreas geográficas no están cubiertas por un Registro de Cáncer Poblacional. Es el caso de España, en el que sólo el 27 % de la población está cubierta por un Registro de Cáncer Poblacional [24]. Para conocer de manera estimada la incidencia de cáncer en territorios sin Registro de Cáncer Poblacional o proyectar la incidencia a años posteriores se utilizan diversos métodos matemáticos y estadísticos [17–21, 24].

Con respecto a las medidas usadas para reportar la incidencia, la más sencilla y fácil de interpretar es el número nuevo de casos de cáncer, enmarcado siempre en un periodo concreto de tiempo y un área geográfica. A partir del número de casos se puede calcular la tasa bruta (TB), un indicador que tiene en cuenta el tamaño de la población [25].

$$TB = \frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Personas-año a riesgo}} \cdot 100.000$$

Para permitir comparaciones entre distintas poblaciones, o la misma población en momentos distintos, es necesario tener en cuenta la estructura de edad de la población. Para responder a esta motivación se define la tasa estandarizada por edad (ASR por sus siglas en inglés, *Age-Standardised Rate*) como aquella tasa que habría en la población de estudio si tuviese exactamente la misma estructura de edad que una población estándar predefinida [25]. La definición de la tasa

estandarizada por edad para 18 grupos de edad quinquenales (0-4 años, 5-9 años, ..., 80-84 años, 85 años y más) es la siguiente:

$$\text{ASR} = \sum_{i=1}^{18} \omega_i \frac{N_i}{P_i}$$

donde  $N_i$  y  $P_i$  son respectivamente el número de casos incidentes y la población en el  $i$ -ésimo grupo de edad, y  $\omega_i$  es el peso que toma la población de referencia en el grupo  $i$ -ésimo, con  $\sum_{i=1}^{18} \omega_i = 100.000$ . Los valores de  $\omega_i$  están predefinidos en base a poblaciones estándar, siendo las más utilizadas en nuestro contexto las siguientes:

- Población mundial. Propuesta por primera vez en 1960 [26] y modificada más tarde en 1966 [27], permite realizar comparaciones a nivel mundial.
- Antigua población estándar europea. Propuesta en 1976 [28] basándose en la estructura de edad de varias poblaciones escandinavas, permite comparaciones entre zonas europeas.
- Nueva población estándar europea. En el año 2013, la Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT) realiza una revisión de la población estándar europea con el objetivo de que la población refleje fielmente el envejecimiento existente en la población europea [29]. Debido a su novedad, el uso de esta población aún no está ampliamente extendido en los organismos internacionales [20] y en ocasiones se reportan las dos tasas estandarizadas por las poblaciones estándar antigua y nueva [19].

En la Tabla 1 se muestran los pesos para cada una de las poblaciones de referencia mencionadas anteriormente.

**Tabla 1.** Pesos de las poblaciones estándar para el cálculo de tasas estandarizadas por edad.

| Grupo de edad | Población estándar mundial | Población estándar europea 1976 | Población estándar europea 2013 |
|---------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 0-4 años      | 12.000                     | 8.000                           | 5.000                           |
| 5-9 años      | 10.000                     | 7.000                           | 5.500                           |
| 10-14 años    | 9.000                      | 7.000                           | 5.500                           |
| 15-19 años    | 9.000                      | 7.000                           | 5.500                           |
| 20-24 años    | 8.000                      | 7.000                           | 6.000                           |
| 25-29 años    | 8.000                      | 7.000                           | 6.000                           |
| 30-34 años    | 6.000                      | 7.000                           | 6.500                           |
| 35-39 años    | 6.000                      | 7.000                           | 7.000                           |
| 40-44 años    | 6.000                      | 7.000                           | 7.000                           |
| 45-49 años    | 6.000                      | 7.000                           | 7.000                           |
| 50-54 años    | 5.000                      | 7.000                           | 7.000                           |
| 55-59 años    | 4.000                      | 6.000                           | 6.500                           |
| 60-64 años    | 4.000                      | 5.000                           | 6.000                           |
| 65-69 años    | 3.000                      | 4.000                           | 5.500                           |
| 70-74 años    | 2.000                      | 3.000                           | 5.000                           |
| 75-79 años    | 1.000                      | 2.000                           | 4.000                           |
| 80-84 años    | 500                        | 1.000                           | 2.500                           |
| ≥85 años      | 500                        | 1.000                           | 2.500                           |

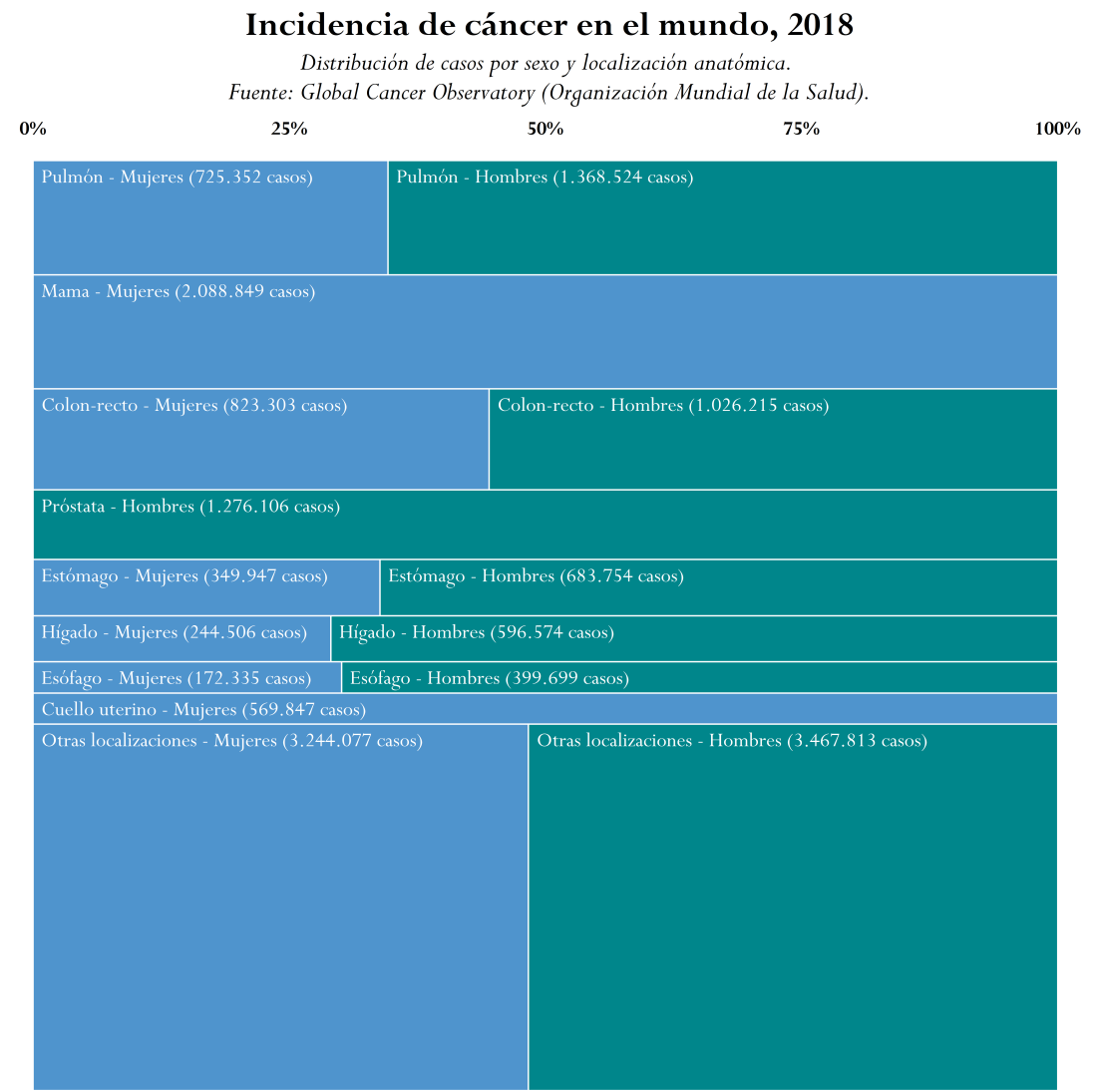
Para utilizar notación internacional, la tasa estandarizada por la población mundial se notará ASR-W (*Age-Standardised Rate, World standard population*), la tasa estandarizada por la población europea de 1976 se notará ASR-oE (*old European standard population*) y la de 2013 se notará ASR-nE (*new European standard population*).

### 2.2.1. Incidencia del total del cáncer excepto piel no melanoma

Poca importancia de piel no melanoma



**Figura XX.** Diagrama de Marimekko/mosaico con la incidencia estimada de cáncer en el mundo para el año 2018.



2.2.2. Incidencia de cáncer de hígado

texto

2.2.3. Incidencia de cáncer de colon-recto

texto

## **2.3. Mortalidad por cáncer**

Cómo se obtiene la mortalidad. Importancia de certif de defunción. También estimaciones y proyecciones.

### **2.3.1. Mortalidad del total del cáncer excepto piel no melanoma**

texto

### **2.3.2. Mortalidad de cáncer de hígado**

texto

### **2.3.3. Mortalidad de cáncer de colon-recto**

texto

## **2.4. Supervivencia de cáncer**

Supervivencia se calcula principalmente a partir de inc, mort y tablas de vida población general

### **2.4.1. Supervivencia del total del cáncer excepto piel no melanoma**

texto

### **2.4.2. Supervivencia de cáncer de hígado**

texto

### **2.4.3. Supervivencia de cáncer de colon-recto**

texto

## **2.5. Prevalencia de cáncer**

texto

**2.5.1. Prevalencia del total del cáncer excepto piel no melanoma**

texto

**2.5.2. Prevalencia de cáncer de hígado**

texto

**2.5.3. Prevalencia de cáncer de colon-recto**

texto



### 3. *Machine learning* aplicado a transcriptómica

---

#### 3.1. Selección de características

Ver apuntes asignatura bioinformática

##### 3.1.1. Mínima redundancia, máxima relevancia (mRMR)

##### 3.1.2. *Random Forest* (RF)

##### 3.1.3. Asociación de enfermedades (DA)

#### 3.2. Algoritmos de clasificación

##### 3.2.1. Máquinas de soporte vectorial (SVM)

##### 3.2.2. k-vecinos más cercanos (kNN)



## 4. Detección de biomarcadores en cáncer de hígado

---

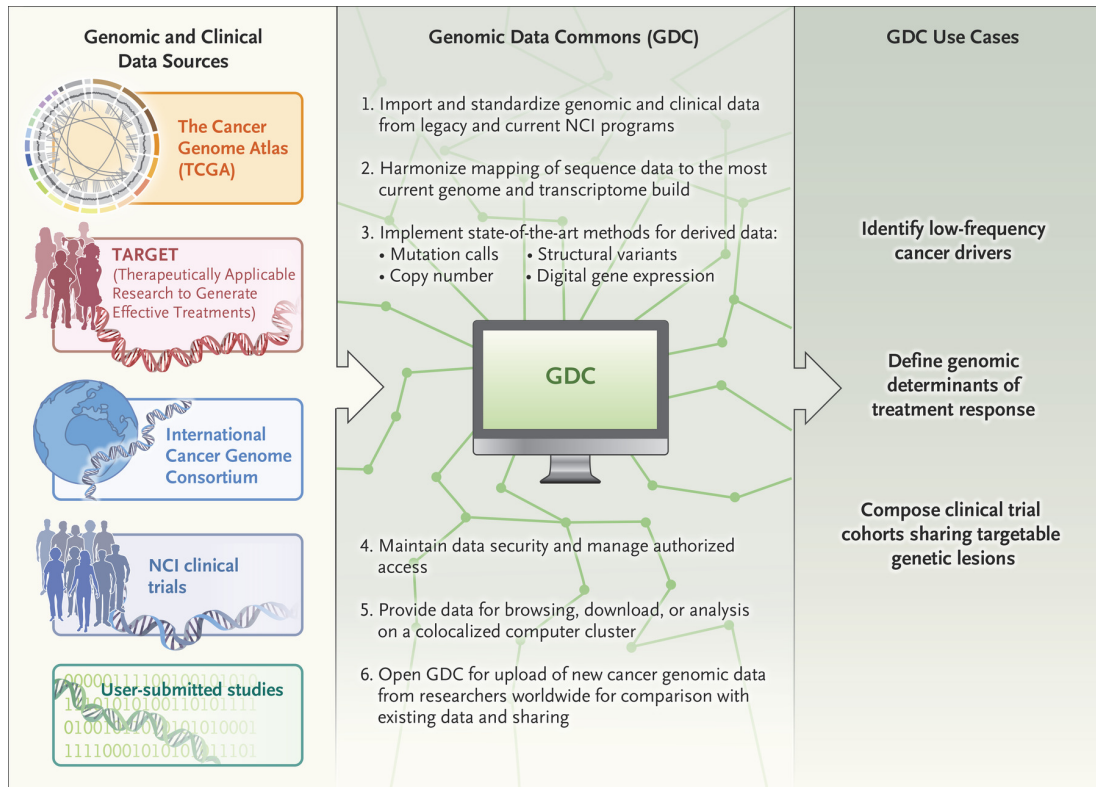
### 4.1. Introducción

### 4.2. Metodología

#### 4.2.1. Fuente de datos

La fuente de los datos es GDC (Genomic Data Commons) Portal [30], una plataforma web sobre cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (*National Cancer Institute*) [31]. La plataforma GDC Portal fue desarrollada por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, la Universidad de Chicago, el Instituto de Ontario para la Investigación del Cáncer y la empresa *Leidos Biomedical Research* [32]. Su principal fortaleza reside en la integración y armonización de diversas fuentes heterogéneas, creando así un sistema de información amplio y robusto.

**Figura XX.** Diagrama de funcionalidad y utilidad de GDC. Extraído de Grossman et al. [32].



GDC Portal, a día 22 de Junio, contenía información sobre unos 84.000 casos, 23.000 genes y más de 3 millones de mutaciones de genes [30]. Los datos de los que dispone son muy variados, y se pueden distinguir en tres grandes categorías:

- Información clínica, como la edad del sujeto, su sexo o el estadio del cáncer del que ha sido diagnosticado.
- Información genética y transcriptómica proveniente de diversos proyectos de investigación.
- Imágenes de tejidos tumorales y sanos.

Algunos de estos datos son abiertos, mientras que para otros es necesario solicitar acceso.



### 4.2.2. Análisis

Para el análisis se ha utilizado principalmente el paquete de R `KnowSeq` (v.1.2.0), librería que ha sido desarrollada por los tutores del presente trabajo, y en la que el autor ha contribuido con algunas nuevas funciones y pequeñas modificaciones [33]. El paquete está además disponible en Bioconductor, una relevante plataforma de código abierto en R para el análisis de datos en genómica y transcriptómica [34].

Otros paquetes de R con versiones y referencias!

## 4.3. Resultados

## 4.4. Conclusiones



## **5. Detección de biomarcadores en cáncer de colon-recto**

---

### **5.1. Introducción**

### **5.2. Metodología**

La fuente de los datos, igual que para el cáncer de hígado, es la plataforma GDC Portal.

### **5.3. Resultados**

### **5.4. Conclusiones**



## 6. Aplicación web para detección de biomarcadores

---



## 7. Conclusiones y líneas abiertas de trabajo

---

## Bibliografía

- [1] American Cancer Society. What is Cancer? Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html> [Consultado 18/06/2020].
- [2] National Cancer Institute. What is Cancer? Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> [Consultado 18/06/2020].
- [3] Lucia Migliore and Fabio Coppedè. Genetic and environmental factors in cancer pathogenesis. *Mutation Research*, 512:135–153, 2012.
- [4] World Health Organization. *World Cancer Report 2014*. 2014.
- [5] World Health Organization. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention*. 2020.
- [6] V. J. Coglianò, R. Baan, K. Straif, Y. Grosse, B. Lauby-Secretan, F. El Ghis-sassi, V. Bouvard, L. Benbrahim-Tallaa, N. Guha, C. Freeman, L. Galichet, and C. P. Wild. Preventable Exposures Associated With Human Cancers. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 103(24):1827–1839, 2011.
- [7] World Health Organization (WHO). *ICD-10: International Statistical Classification of diseases and related health problems: 10th revision*. 1990.
- [8] Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. Disponible en: [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html) [Consultado 21/06/2020].
- [9] Sherif R. Z. Abdel-Misih and Mark Bloomston. Liver Anatomy. *Surgical Clinics of North America*, 90(4):643–653, 2010.
- [10] Elijah Trefth, Maureen Gannon, and David H. Wasserman. The liver. *Current Biology*, 27(21):R1147–R1151, 2017.
- [11] American Cancer Society. Liver Cancer Risk Factors. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/liver-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> [Consultado 18/06/2020], 2019.



- 
- [12] Jorge A. Marrero, Robert J. Fontana, Sherry Fu, Hari S. Conjeevaram, Grace L. Su, and Anna S. Lok. Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 42(2):218–224, 2005.
- [13] Laura L. Azzouz and Sandeep Sharma. *Physiology, Large Intestine*. 2020.
- [14] American Cancer Society. Colorectal Cancer Risk Factors. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> [Consultado 20/06/2020].
- [15] Henry T. Lynch and Albert de la Chapelle. Hereditary Colorectal Cancer. *New England Journal of Medicine*, 348(10):919–932, 2003.
- [16] B. Levin, D. A. Lieberman, B. McFarland, R. A. Smith, D. Brooks, K. S. Andrews, C. Dash, F. M. Giardiello, S. Glick, T. R. Levin, P. Pickhardt, D. K. Rex, A. Thorson, and S. J. Winawer. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(3):130–160, 2008.
- [17] Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, Rebecca L. Siegel, Lindsey A. Torre, and Ahmedin Jemal. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6):394–424, 2018.
- [18] International Agency for Research on Cancer and World Health Organization. Global Cancer Observatory, Cancer Today. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home> [Consultado 21/06/2020].
- [19] European Commission. ECIS - European Cancer Information System. Disponible en: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> [Consultado 21/06/2020].
- [20] J. Ferlay, M. Colombet, I. Soerjomataram, T. Dyba, G. Randi, M. Bettio, A. Gavin, O. Visser, and F. Bray. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, 103:356–387, 2018.

- 
- [21] Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2020. Disponible en: [https://funca.cat/redecan/redecan.org/es/Informe\\_incidencia\\_REDECAN\\_2020.pdf](https://funca.cat/redecan/redecan.org/es/Informe_incidencia_REDECAN_2020.pdf) [Consultado 18/06/2020].
- [22] Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas de cifras de población. Disponible en: <http://ine.es/> [Consultado 21/06/2020].
- [23] Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estadísticas de defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/> [Consultado 21/06/2020].
- [24] Daniel Redondo-Sánchez. Modelización Matemática de la Estimación de Incidencia de Cáncer. 2019.
- [25] IARC. *Registros de Cáncer: Principios y Métodos*. 1995.
- [26] Segi M. Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1950–57). *Sendai, Japan: Department of Public Health, Tohoku University of Medicine.*, 1960.
- [27] Waterhouse PAH Doll R, Payne P. Cancer incidence in five continents, Volume I. *Geneva: Union Internationale Contre le Cancer.*, 1966.
- [28] editors. Waterhouse JAH, Muir CS, Correa P, Powell J. Cancer incidence in five continents, Volume III. *Lyon: IARC*, page 3:456, 1976.
- [29] EUROSTAT. Revision of the European standard population: Report of the Eurostat’s task force. Technical report, Luxembourg: European Union., 2013.
- [30] National Cancer Institute and National Institutes of Health. GDC Portal. Disponible en: <https://portal.gdc.cancer.gov/> [Consultado 22/06/2020].
- [31] National Cancer Institute. National Cancer Institute. Disponible en: <https://www.cancer.gov> [Consultado 22/06/2020].
- [32] Robert L. Grossman, Allison P. Heath, Vincent Ferretti, Harold E. Varmus, Douglas R. Lowy, Warren A. Kibbe, and Louis M. Staudt. Toward a Shared Vision for Cancer Genomic Data. *New England Journal of Medicine*, 375(12):1109–1112, 2016.

- 
- [33] D Castillo-Secilla, JM Galvez, F Carrillo-Perez, MV Almeida, FM Ortuno, LJ Herrera, and I Rojas. KnowSeq: Beyond the traditional RNA-seq pipeline. Disponible en: <https://github.com/CasedUgr/KnowSeq>.
- [34] Robert C Gentleman, Vincent J Carey, Douglas M Bates, Ben Bolstad, Marcel Dettling, Sandrine Dudoit, Byron Ellis, Laurent Gautier, Yongchao Ge, Jeff Gentry, Kurt Hornik, Torsten Hothorn, Wolfgang Huber, Stefano Iacus, Rafael Irizarry, Friedrich Leisch, Cheng Li, Martin Maechler, Anthony J Rossini, Gunther Sawitzki, Colin Smith, Gordon Smyth, Luke Tierney, Jean Y H Yang, and Jianhua Zhang. Bioconductor: open software development for computational biology and bioinformatics. *Genome biology*, 5(10):R80, 2004.



## Anexo I: Código de análisis en R

---

## Anexo I: Código de análisis en R

### Funciones

**Caja XX.** Definición de funcion.

```
1 # Ejemplo de comentario
2 parametro <- 24000
3
4 texto <- "texto"
```

## Anexo II: Código de aplicación web

---

## Anexo II: Código de aplicación web

### Funciones

**Caja XX.** Definición de funcion.

```
1 # Ejemplo de comentario
2 parametro <- 24000
3
4 texto <- "texto"
```