



# GUÍA DE MANEJO DE LA LUMBALGÍA

## 1. OBJETIVO

Mejorar la atención en salud de los pacientes con lumbalgia aguda, subaguda y crónica en el ámbito de la atención primaria (AP), siendo sus principales usuarios el personal de salud de Bienestar Universitario que ofrecen atención a los pacientes con lumbalgia a nivel de la comunidad Universitaria.

## 2. RESPONSABLES

Los responsables de garantizar la adecuada implementación de esta guía son los médicos generales y especialistas de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.

## 3. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

La Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), fue elaborada por la Public Health Agency of Canada (PHAC) para desarrollar guías de prácticas clínicas que respaldasen las acciones de salud preventiva.

En sus inicios, este grupo hizo énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados basándose en los siguientes elementos: Un orden para los GR establecidas por letras del abecedario donde las letras A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomiendan hacer); D y E indican que no deben llevarse a cabo maniobras o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “contradictoria” y la letra I, insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia disponible para establecer una recomendación (Figura 1). Y, NE clasificados según el diseño de los estudios I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente, para los cual son clasificados según validez interna o calidad metodológica del estudio (Figura 2 y 3).

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.

**Figura 1.** Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

**Figura 2.** Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

**Figura 3.** Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC).

#### 4. DEFINICIÓN

La Lumbalgia, es el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla pueda ser considerada de origen radicular (2). Actualmente se define la lumbalgia también como todo aquel dolor localizado en la zona de referencia y no causado por fracturas, traumatismos directos o enfermedades sistémicas, en el que no existe una compresión radicular demostrada y subsidiaria de tratamiento quirúrgico (como ocurre en una minoría de casos de hernia discal sintomática o estenosis espinal sintomática).

#### 5. ETIOLOGÍA

Dentro de las causas identificables de la lumbalgia posiblemente está la hernia de disco en la zona lumbar. Las causas más frecuentes son las de origen mecánico: alteración de la estática vertebral (escoliosis), contracturas musculares (por sobrecarga mecánica o tensional), problemas degenerativos del disco intervertebral o de las articulaciones posteriores vertebrales, fracturas por osteoporosis o traumatismos violentos.

Otras causas menos frecuentes son las enfermedades inflamatorias de las estructuras vertebrales (como la espondilitis anquilosante); las infecciones o los tumores (3).

Entre las causas por infección podemos mencionar:

- La Piógenas: (1) Estafilococo dorado, que se da en la mitad de los casos. Es frecuente en adictos a drogas por vía parenteral. (2) Estafilococo Epidermis, que suele ser secundario a intervenciones quirúrgicas o punciones vertebrales. (3) Estreptococo se asocia a la presencia concomitante de endocarditis. (4) Los Bacilos Gram Negativos aparecen en el 25 o 30% de los casos, principalmente *Escherichia Coli*. En este caso suele darse en antecedente de infecciones urinarias.
- En la afección tumoral destacan mieloma múltiple y las metástasis óseas debidas principalmente a cáncer de mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides y digestivos, en ese orden.

Tabla 1. Factores Ocupacionales relacionados con el dolor lumbar

<b>Factores relativos al puesto de trabajo</b>	<b>Factores relativos a la conducta motora del trabajador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Trabajo físicamente pesado.</li> <li>❖ Trabajo aburrido y repetitivo.</li> <li>❖ Exceso de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Posición sedente prolongada.</li> <li>❖ Posturas estáticas durante el trabajo.</li> <li>❖ Flexiones y giros de tronco frecuentes.</li> <li>❖ Levantamiento de pesos y movimientos enérgicos.</li> <li>❖ Manejo de maquinaria vibrante.</li> </ul>

(4)

**Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 para Lumbalgia:**

M544	Lumbago con Ciática
M545	Lumbago no Especificado

## 6. CLASIFICACIÓN (2)

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: Dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: más de 12 semanas de dolor.
- Recurrente: Lumbalgia aguda en pacientes que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses. No están incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica.

En el manejo inicial del dolor lumbar, se propone la siguiente clasificación:

- Dolor Común: Es lo que se conoce por “lumbalgia aguda inespecífica”. Sus características fundamentales son: (1) Paciente entre los 20-55 años, (2) Dolor en región lumbosacra, glúteos y muslos, (3) El dolor tiene características mecánicas variadas en la actividad y en el tiempo, (4) Buenas estado general de la persona afectada.
- Dolor Radicular: Se sospecha si (1) El dolor en una pierna es más intenso que el dolor en la espalda, (2) El dolor se irradia generalmente por el pie o los dedos, (3) Insensibilidad o parestesias con la misma distribución que el dolor, (4) Signo de irritación radicular (Laségue) y (5) Cambios motores, sensoriales o en los reflejos, limitados al territorio de un nervio.
- Dolor Sospechoso de posible patología espinal grave: Incluye enfermedades como tumor o infección vertebral, enfermedades inflamatorias como la espondilitis y las fracturas. Se valora la existencia de “signos de alarma” para descartarlos (Tabla 1) (2).

*Tabla 2. Signos de Alarma*

Proceso	Características o Factor de Riesgo
<b>Cáncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de Cáncer</li> <li>• Edad superior a 50 años</li> <li>• Pérdida de peso inexplicable</li> <li>• Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior</li> <li>• Dolor de más de un mes de evolución</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> </ul>

<b>Infección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de factor de riesgo para infección (inmunosupresión, infección cutánea, infección del tracto urinario, sonda vesical)</li> </ul>
<b>Fractura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo Grave</li> <li>• Traumatismo Menor, en mayores de 50 años, osteoporosis o toma de corticoides.</li> </ul>
<b>Aneurisma de Aorta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor no influido por movimientos, postura o esfuerzos</li> <li>• Existencia de factores de riesgo cardiovasculares</li> <li>• Antecedentes de enfermedad vascular</li> </ul>
<b>Artropatías Inflamatorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad inferior a 40 años</li> <li>• Dolor que no mejora con el reposo</li> <li>• Disminución de la movilidad lateral</li> </ul>
<b>Síndrome cauda equina Compresión radicular grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retención de orina</li> <li>• Anestesia en silla de montar</li> <li>• Déficit motor progresivo</li> </ul>

## 7. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las manifestaciones más frecuentes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.

Por otra parte, según el grado de afectación y compresión radicular se pueden producir alteraciones de la sensibilidad (anestesia, hipoanestesia, hiperestesia, hormigueo, etc.) y alteraciones del movimiento (paresia, parálisis, entre otras).

## 8. PREVENCIÓN

### *Niveles de prevención*

Podemos clasificar la prevención lumbar en tres categorías (4):

- *Prevención Primaria:* se interviene con anterioridad a la aparición de los síntomas.

Aquí se recomiendan las siguientes medidas generales:

- ✓ Aumentar la resistencia de los músculos de la espalda.
- ✓ Disminuir las vibraciones.
- ✓ Rediseñar el puesto de trabajo,
- ✓ Promover la salud física.
- ✓ Educación sobre la anatomía de la columna, presión discal, postura, mecánica corporal, primeros auxilios para el dolor de espalda, disminuir el estrés.
- ✓ Entrenamiento y adquisición de conductas posturales sanas.

- *Prevención Secundaria*: se actúa después del inicio de los síntomas; el principal objetivo terapéutico es reducir el dolor y la discapacidad. Se recomienda:
  - ✓ Breves descansos en cama.
  - ✓ Reducción de las manipulaciones durante el período agudo.
  - ✓ Actividades educativas y ejercicios selectivos.
- *Prevención Terciaria*: se aplica el tratamiento cuando el trastorno de y la incapacidad son crónicos. Se recomienda:
  - ✓ Recuperación física intensiva
  - ✓ Apoyo Psicológico breve y aproximación al trabajo.

También podemos distinguir tres tipos de prevención de las lumbalgias dependiendo de que se proceda sobre factores personales y/o ambientales:

- *Prevención Activa*: o modificación de las conductas de riesgo del trabajador. Su principal limitación es que está condicionada por la adherencia del sujeto al programa preventivo.
- *Prevención Pasiva*: o cambios en las condiciones laborales adversas. Su inconveniente es el coste económico de la nueva maquinaria y organización del trabajo.
- *Prevención Mixta*: o combinación de las anteriores. Es la más aconsejable.

#### **DECÁLOGO PROFILÁCTICO DEL DOLOR LUMBAR Y LAS LUMBALGIAS:**

- a) El dolor lumbar y las lumbalgias afectan a un elevado porcentaje de la población, especialmente en el ámbito laboral.
- b) El dolor lumbar se inicia a edades tempranas, aunque durante la adolescencia es de menor intensidad y duración.
- c) Durante la pubertad la prevalencia del dolor lumbar es mayor entre las jóvenes, mientras no existen diferencias sexuales en la población adulta.
- d) Aparte de construir una fuente significativa de sufrimiento para el paciente, el dolor lumbar y las lumbalgias repercuten seriamente en el rendimiento laboral.
- e) El dolor lumbar y las lumbalgias suponen una costosa carga financiera para el sistema de cuidado de la salud.
- f) La prevención mixta, que combina educación para la salud y mejora las condiciones ambientales, especialmente en el lugar de trabajo, es la más recomendable.

- g) Los programas de prevención activa no deben limitarse a actividades, sino que han de incorporar también entrenamiento en hábitos motores saludables y ejercicios específicos de fisioterapia.
- h) La infancia es la etapa vital idónea para la adquisición de comportamientos de higiene postural y, en consecuencia, para la prevención del dolor lumbar y las lumbalgias.
- i) Los tratamientos multicomponentes son eficaces en la reducción del dolor lumbar y en la superación de las lumbalgias. Estos tratamientos incluyen fisioterapia y modificación de las conductas asociadas al desarrollo de los problemas de dolor crónico, especialmente las efectuadas en el sitio de trabajo.
- j) La extensión de los problemas de salud lumbar y las limitaciones actuales de la terapéutica aconsejan implementar con pacientes crónicos programas de recuperación y prevención de recaídas.

## 9. DIAGNÓSTICO (5)

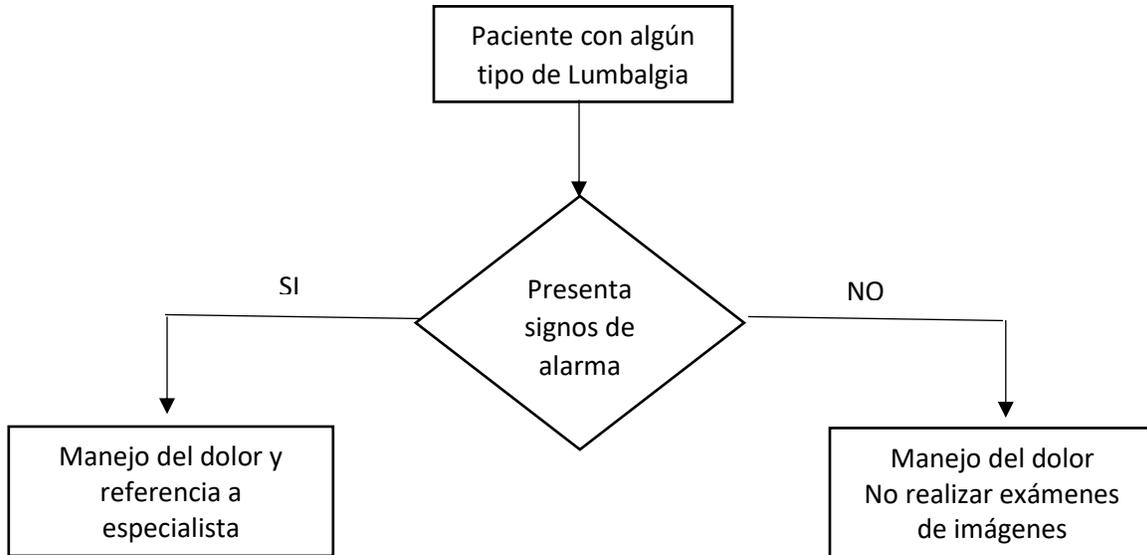
La clasificación del diagnóstico se debe realizar de acuerdo a las señales de alerta, por lo que se clasifican los pacientes en tres grupos:

- Para enfermedad sistémica: Dolor que aparece por primera vez <20 o >55 años, dolor no influido por postura, movimientos o esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5° la columna vertebral, deformación estructural (aparición reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogar por vía parenteral, inmunodepresión.
- Para derivación a Cirugía:
  - Para derivación inmediata y urgente: Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida del control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo).
  - Para derivación para valoración quirúrgica: dolor radicular (no lumbar): (1) La intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).
  - Que aparece solo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses o más de tratamiento conservador y se

acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática con criterios quirúrgicos).

En estos casos se sugiere realizar Radiografía simple y una analítica sanguínea simple para descartar la existencia de una enfermedad sistémica.

### ALGORITMO DEL DIAGNÓSTICO DE LUMBALGIA



Tomado de Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Lumbalgia (2016)

Para tener en cuenta:

- No se recomienda solicitar estudios de imagen rutinaria u otros estudios diagnósticos (RMN, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo inespecífico.
- Se recomienda realizar estudios de imagen para detectar posibles patologías subyacentes, para aquellos pacientes en quienes se está considerando cirugía o infiltraciones epidurales de esteroides.
- La radiografía de columna no permite descartar la existencia de neoplasias e infección en pacientes con alta sospecha debido a que la prueba presenta baja sensibilidad.
- Las radiografías de Columna lumbar antero-posterior se pueden solicitar en pacientes con fiebre de más de 38°C por más de 48 horas, en osteoporosis, enfermedad sistémica, déficit sensitivo o motor, uso crónico de esteroides, inmunosupresión, sospecha clínica de espondilitis anquilosante, accidente o trauma, en pacientes mayores de 50 años y en ausencia de respuesta al tratamiento habitual por más de 4 a 6 semanas.

- Se recomienda solicitar las radiografías de columna lumbar en proyección antero-posterior y lateral, con paciente de pie sin calado, en casos de dolor lumbar y con sospecha de patología grave, como cáncer o infección, cuando en la anamnesis y exploración física se determinan signos de alarma.
- En la radiografía se debe buscar: alteración en las curvaturas y formas de vértebras como escoliosis, así como fracturas, listesis, alteración de espacios intervertebrales, disminución de los forámenes, presencia de osteofitos, diferencia en la altura de las crestas iliacas y alteración de los tejidos blandos.
- Se recomienda solicitar estudios complementarios ante el paciente con dolor lumbar sobre la base de una evaluación clínica completa e individualizada.
- El paciente sin signos de alarma la sustitución de la radiografía por la Resonancia Nuclear Magnética (RNM), como prueba de imagen no mejora los resultados respecto a la discapacidad, dolor, utilización de los recursos.
- Se recomienda que ante pacientes con dolor lumbar sin respuesta a tratamientos después de 4 a 6 semanas de evolución, se realice una reevaluación de los datos clínicos, factores ocupacionales, adherencias al tratamiento, búsqueda intencionada de signos de alarma y evaluar la utilidad de los estudios de imágenes.
- Es importante la evaluación de los parámetros de estabilidad lumbo-pélvica durante el proceso de evaluación del paciente como es la fuerza isométrica y estática de los músculos del centro de gravedad como glúteos mayor y medio, erectores espinales profundos (multífidos), trasverso de abdomen, oblicuos externo e interno. Estos parámetros son fundamentales ya que pueden ser causa y/o consecuencia de dolor lumbar inespecífico.

## 10. TRATAMIENTO (6)

### Manejo No farmacológico:

Se sugiere que los pacientes con dolor lumbar agudo y subagudo continúen con la actividad física y mantengan las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible.

El manejo con paquetes calientes y fríos los cuales tienen una recomendación basada en la experiencia diaria, y para los cuales se recomienda el calor superficial (aplicación e

almohadillas térmicas o mantas calientes) para el alivio a corto plazo del dolor lumbar agudo.

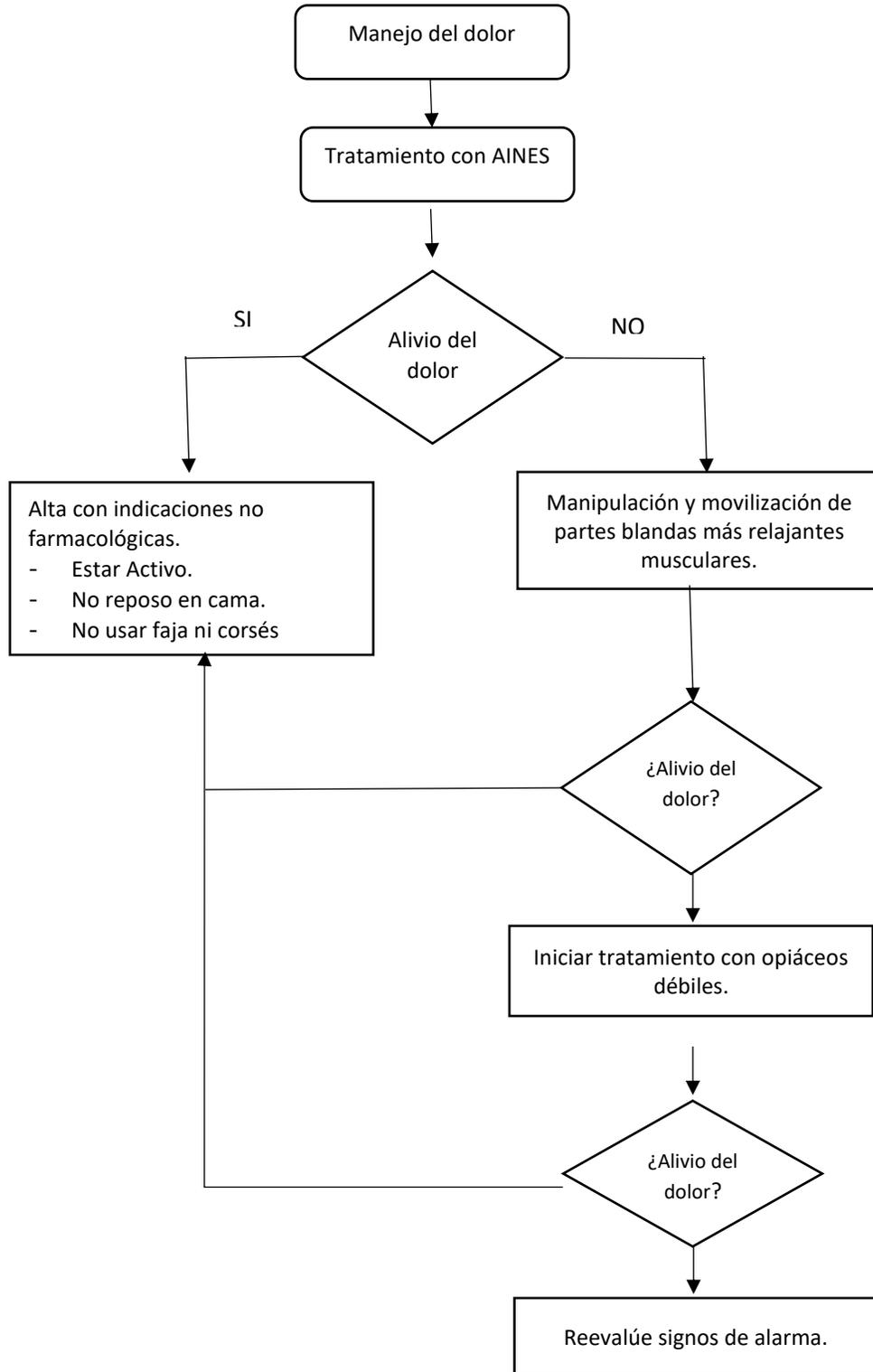
Manejo Farmacológico:

Se sugiere el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda.

*Tabla 3. Listado de medicamentos para uso en el Primer Nivel de Atención*

Línea	Medicamento	Rango de dosis	Contraindicaciones/Precauciones	Efectos adversos	Monitorización/seguimiento
<b>1° AINES</b>	Ibuprofeno  Diclofenaco	800mg c/8hs  50mrc/8hs	Estrategias de tiempo limitado, generalmente de varios días a una semana y rara vez hasta un mes	Principalmente Gastrointestinales, retención de líquidos o efectos SNC (Mareos, fatiga a dosis más altas)	Los pacientes pueden necesitar protección gástrica con un IBP (inhibidor de la bomba de protones). Monitorear los factores de riesgo CV y la función renal si se usa a largo plazo.
<b>2° OPIOIDES</b>  Si toma opioides de liberación controlada (CR), agregue un opioide de acción corta o aumente el opioide CR en un 20-25%	Codeína	30 a 60 mg cada 3 a 4 horas	10% de los pacientes no responden a la codeína.	Estreñimiento, náuseas, efectos secundarios del SNC	Monitorización de estreñimiento permanente.
<b>2°</b>	Tramadol	Titulación lenta; máximo 400 mg/día	La titulación lenta luego se convierte en un producto de liberación prolongada. Posible pérdida de analgesia cuando se combina con dosis altas de opioides. Precaución si se agregan tricíclicos o inhibidores de recaptación de serotonina.	Mareos, somnolencia, astenia, molestias gastrointestinales.	Disfunción hepática y/o renal o riesgo de crisis preexistente.
<b>3° Relajantes Musculares (Solo si hay espasmo muscular)</b>	Ciclobenzaprina	10 a 30 mg/día, resultados en una semana, puede darse hasta dos semanas.		Sedación, boca seca.	Relacionados con los tricíclicos, pero sin evidencia sólida para apoyar el uso a largo plazo.
<b>4°</b>	Acetaminofén	Hasta 1000 mg c/8 horas (máximo 3000 mg/día)	Son estrategias de tiempo limitado generalmente de varios días a una semana y rara vez hasta un mes.		Principalmente toxicidad hepática a largo plazo por consumo de altas dosis.

## ALGORITMO TRATAMIENTO DE PACIENTE CON LUMBALGIA



Tomado de Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Lumbalgia (2016)

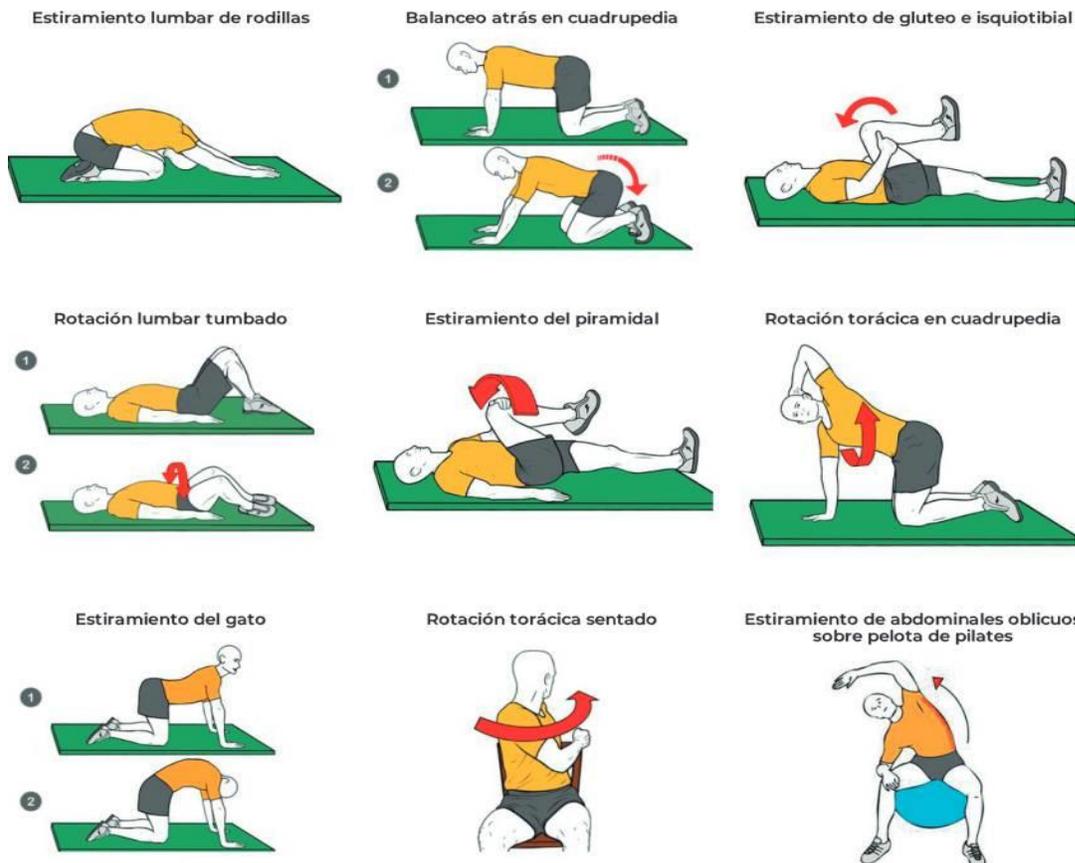
## 11. REHABILITACIÓN Y PRONÓSTICO (3)

Desde la fisioterapia se plantean diversas acciones para evitar posibles recidivas. Entre las medidas, primero se corrigen las posturas o gestos que sean el origen de la lesión. En este sentido el paciente se le educa de las correctas normas de higiene postural y ergonomía, con el objetivo de mejorar sus posturas al sentarse, acostarse o bajar escaleras o cargar objetos.

Al paciente también se le instruye en el autoestiramiento y ejercicios de fortalecimiento para que tenga un mejor control del tono postural y evitar nuevos episodios. Estos ejercicios tienen como objetivo devolver el tono normal de la musculatura, o bien potenciado y estabilizando la musculatura débil o atrofiada o, por lo contrario, relajándola en caso de tener hipertónica.

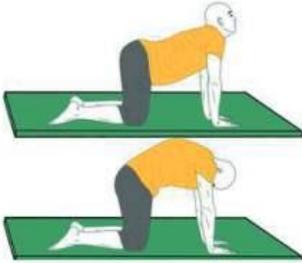
A continuación, se muestran una serie de ejercicios para los dos tipos de objetivos:

### Ejercicios de Estiramiento:

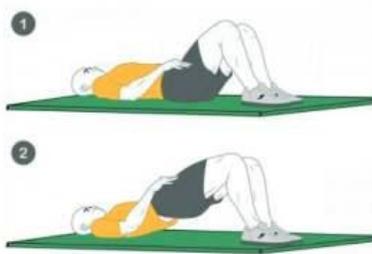


## Ejercicios de Fortalecimiento

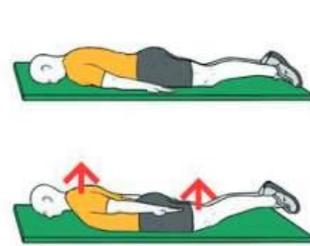
Yoga: Postura del gato y vaca



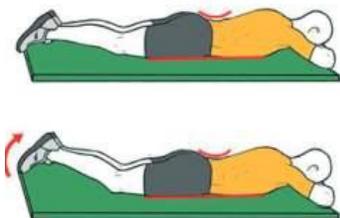
Puente de gluteos



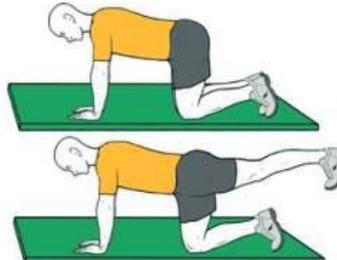
Dardo



Activación multifidus en pronación



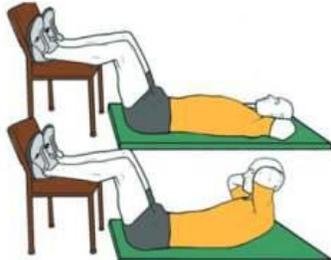
Patadas atrás en cuadrupedia con pierna estirada



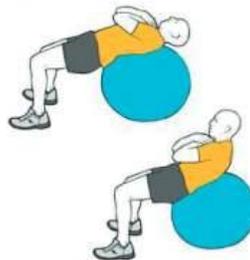
Plancha lateral con apoyo de antebrazo



Encogimientos abdominales con las rodillas flexionadas y apoyadas



Encogimientos abdominales sobre pelota de pilates



Elevación alterna de brazo y pierna de rodillas



## 12. BIBLIOGRAFIA

### Trabajos citados

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014 [cited 2021 Abril 14. Available from:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1).
2. Pérez Irazusta I. AMI,ALG,ea. Guía Práctica sobre Lumbalgia. 2007th ed. Osakidetza , editor.; 2007.
3. A. CM. CuidateePlus. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 12. Available from:  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-y-huesos/lumbalgia.html>.
4. Gómez Conesa A. MCF. Aspectos Actuales en la Prevención de las Lumbalgias. Psicología Conductual. 2000; 8(1): p. 99-115.
5. Burton K. BF,EH,ea. Guía de Práctica Clínica<[http://www.kovacs.org/descargas/GuiadePracticaClinica\\_LUMBALGIAINESP\\_ECIFICA\\_Baleares.pdf](http://www.kovacs.org/descargas/GuiadePracticaClinica_LUMBALGIAINESP_ECIFICA_Baleares.pdf).
6. Universidad Industrial de Santander. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor lumbar en atención primaria. [Online].; 2019 [cited 2021 Noviembre 17. Available from:  
<https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/quias/GUD.23.pdf>.

### 13. REGISTROS

- BU-F-004 Formato para el registro diario de consultas

### REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

*No aplica la primera vez*

<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
Comité de calidad Servicios de Salud Unimagdalena 17/01/2022	Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 19/01/2022	Jesús Suescún Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 20/01/2022