

Conocimiento de los médicos generales sobre la ruta de cuidado visual infantil según la Resolución 3280 de 2018 en Risaralda, Colombia

SANDRA JIMENA BARBOSA TORRES¹, KATHERINE VALDERRAMA SÁNCHEZ²,
CARLOS EDUARDO RIVERA MOLANO³, DIEGO CARMONA CARMONA⁴

Recibido para publicación: 19-04-2025. Versión corregida: 10-06-2025. Aprobado para publicación: 02-03-2026.

Modelo de citación:

Barbosa Torres S., Valderrama Sánchez K., Rivera Molano C.E., Carmona Carmona D. **Conocimiento de los médicos generales sobre la ruta de cuidado visual infantil según la Resolución 3280 de 2018 en Risaralda, Colombia.** Arch Med (Manizales). 2026;26(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.26.1.5387.2026>

Resumen

Introducción: la salud visual en los primeros años de vida es clave para el desarrollo integral infantil, ya que influye en el aprendizaje, la socialización y la exploración del entorno. En Colombia, la Resolución 3280 de 2018 establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), incluyendo acciones específicas para el cuidado visual desde la primera infancia, con el objetivo de garantizar la detección precoz de alteraciones visuales. **Objetivo:** evaluar el nivel de conocimiento y práctica de los médicos generales frente a la ruta de atención en el cuidado visual para la primera infancia, según la Resolución 3280 de 2018, en una Empresa Social del Estado (ESE) de Risaralda durante el primer semestre de 2025. **Materiales y métodos:** se desarrolló un estudio descriptivo transversal en una ESE de Risaralda con 25 médicos generales. Se utilizó un cuestionario tipo KAP (en español CAP: conocimientos, actitudes y práctica) validado por expertos, aplicado por estudiantes de auditoría en salud. Los datos se recolectaron mediante Google Forms y se analizaron con estadística descriptiva en Excel. El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993. **Resultados:** el 96 % de los participantes afirmó conocer la Resolución 3280 de 2018, pero solo el 76 % la aplica en su práctica. Se observaron debilidades en

- 1 Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6526-2982>. Correo: sbarbsa@estudiate.areandina.edu.co.
- 2 Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1306-2740>. Correo: kvalderrama@estudiate.areandina.edu.co.
- 3 Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5323-6445>. Correo: crivera16@areandina.edu.co.
- 4 Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2677-7171>. Correo: dcarmona@areandina.edu.co.

aspectos técnicos como el tamizaje visual (44 %) y el reflejo rojo (52 %). Solo el 48 % realiza historia clínica ocular completa. Conclusión: aunque existe un alto nivel de conocimiento general, persisten vacíos en la aplicación práctica. Se recomienda implementar estrategias educativas andragógicas, como casos clínicos e infografías, para mejorar la atención visual infantil.

Palabras clave: pruebas de visión; salud ocular; prevención; promoción de la salud.

Knowledge of general practitioners about the child visual care pathway according to Resolution 3280 of 2018 in Risaralda, Colombia

Abstract

Introduction: visual health during the early years of life is essential for a child's overall development, as it influences learning, socialization, and environmental exploration. In Colombia, Resolution 3280 of 2018 established the Comprehensive Health Care Routes (RIAS), including specific actions for visual care from early childhood, with the goal of ensuring early detection of visual impairments. **Objective:** to evaluate the level of knowledge and practice of general practitioners regarding the visual care pathway for early childhood, according to Resolution 3280 of 2018, in a State Social Enterprise (ESE) in Risaralda during the first semester of 2025. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study was conducted in a Risaralda ESE with 25 general practitioners. A KAP-type questionnaire, validated by experts, was used and applied by health audit students. Data was collected through Google Forms and analyzed using descriptive statistics in Excel. The study was classified as minimal risk according to Resolution 8430 of 1993. **Results:** 96 % of participants reported being familiar with Resolution 3280 of 2018, but only 76 % apply it in their clinical practice. Technical weaknesses were observed in areas such as visual screening (44 %) and the red reflex test (52 %). Only 48 % reported performing a complete ocular history. **Conclusion:** although there is a high level of general knowledge, gaps remain in practical application. It is recommended to implement andragogical educational strategies, such as clinical case studies and infographics, to improve pediatric visual care.

Keywords: vision tests; eye health; prevention; and health promotion.

Introducción

La salud visual en la primera infancia es esencial para el desarrollo integral, ya que influye en el aprendizaje, la interacción social y la exploración del entorno. Alteraciones visuales no detectadas a tiempo pueden gene-

rar consecuencias graves, como dificultades cognitivas, retrasos en el desarrollo y menor calidad de vida [1]. En Colombia, la Resolución 3280 de 2018 establece las RIAS, incluyendo acciones específicas para el cuidado visual infantil con el fin de garantizar evaluaciones y tratamientos adecuados desde el nacimiento

[2]. Sin embargo, su implementación enfrenta barreras estructurales y operativas dentro del sistema de salud [3].

Un problema central de esta investigación es el desconocimiento parcial o total de los médicos generales sobre las guías definidas en la Resolución 3280 de 2018. En una ESE de Risaralda se ha evidenciado que muchos médicos no aplican los lineamientos normativos de forma consistente, lo cual limita la detección temprana de alteraciones visuales [4]. Esta situación se asocia a factores como la sobrecarga laboral, la falta de formación continua y las limitaciones de infraestructura, sobre todo en zonas rurales [3]. A esto se suma la alta incidencia de problemas visuales no diagnosticados en la infancia, lo que refleja deficiencias en la implementación de estas rutas [1].

Identificar estas barreras es crucial, ya que afectan la efectividad de las políticas públicas y perpetúan las desigualdades, especialmente en poblaciones vulnerables. Este proyecto analiza el nivel de conocimiento de los médicos generales y propone estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención visual infantil [2,4].

El estudio aporta al conocimiento científico en lo que toca con la implementación de políticas públicas en salud visual en contextos en desarrollo, y genera evidencia que puede utilizarse para fortalecer la formación médica continua y mejorar la atención en Risaralda [3]. Los hallazgos permiten detectar áreas prioritarias de formación con el objetivo de reducir desigualdades en el acceso a los servicios visuales [1,4].

Desde el punto de vista económico y social, un mejor conocimiento de las guías puede evitar complicaciones asociadas a diagnósticos tardíos y reducir costos en los tratamientos especializados o en la repetición escolar. Fortalecer la implementación de la Resolución 3280 de 2018 también promueve la equidad [2,3].

En el plano académico, el estudio identifica oportunidades para mejorar la formación médi-

ca en salud visual. Puede ser replicado en otras regiones, mostrando la importancia de las guías clínicas como herramienta para garantizar una atención de calidad [4].

Estudios previos respaldan estos hallazgos. Ocampo Cañas et al. encontraron que el 40 % de los médicos desconocía las guías clínicas y solo el 30 % las aplicaba de manera regular [1]. Lonngi et al. analizaron cómo el nivel de conocimiento afecta la práctica clínica, es el caso en la detección de la uveítis pediátrica [2]. García Sierra y Ocampo Cañas advirtieron que muchos instrumentos KAP no están validados rigurosamente, lo que limita su utilidad en la evaluación de la adherencia normativa [3].

Singer et al. señalan que los médicos con acceso a formación continua tienen mayor adherencia a los protocolos, mientras que quienes trabajan en contextos precarios enfrentan mayores dificultades [4]. Bernal demostró que programas de formación estructurada mejoran significativamente las prácticas en salud infantil [5]. Gómez-Díaz et al., a su vez, destacan la utilidad de las guías clínicas en la estandarización de la atención y en la educación médica [6].

En cuanto al impacto clínico, Bermúdez et al. mostraron que la ambliopía afecta funciones como la fijación y los movimientos oculares, perjudicando la lectura, lo que resalta la importancia de su detección temprana [7]. Matsuo et al. concluyeron que la fotorrefracción mejora la detección de la ambliopía y el estrabismo convergente en niños entre 3 y 5 años [8]. Harris et al. hallaron que los niños de áreas desfavorecidas tienen mayores tasas de derivación y prevalencia de anomalías visuales, resaltando la necesidad de mejorar el acceso a programas de detección [9]. Meng et al. reportaron una alta prevalencia de ambliopía en niños tibetanos asociada a errores refractivos, subrayando la importancia de su detección precoz [10]. Maldonado Rueda et al. identificaron el desconocimiento sobre la ambliopía y sus criterios de remisión como una barrera para la atención especializada [11].

Normativamente, la Resolución 3280 de 2018 define una ruta integral con tamizaje desde el nacimiento, controles periódicos de agudeza visual, remisiones oportunas y educación a cuidadores [12]. Sin embargo, su implementación no ha sido homogénea, lo que genera inequidades [1,16]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reiterado que la mayoría de los problemas visuales infantiles son prevenibles mediante tamizajes oportunos y tratamientos adecuados [13].

El médico general cumple un rol clave en esta ruta, al ser el primer contacto con el sistema. Debe tamizar, educar a los padres y remitir a los especialistas [17]. No obstante, estudios en Arabia Saudita y Colombia han evidenciado que muchos médicos no conocen bien estos procedimientos [18,19]. En Bucaramanga (Colombia), por ejemplo, es notorio el desconocimiento de los criterios de remisión para la ambliopía, lo que retrasa el diagnóstico [19].

Existen también barreras institucionales. Un estudio en el Hospital Local Cartagena de Indias reportó falencias en la infraestructura, la dotación y la formación, lo que obstaculiza la implementación de las RIAS [20]. Esto muestra la importancia de adaptar estrategias en los contextos locales, como el de Risaralda.

Las encuestas KAP son herramientas útiles para identificar brechas de conocimiento, actitudes y prácticas entre los profesionales de la salud. Su aplicación permite diseñar estrategias formativas efectivas [21]. Aunque hay estudios KAP en diversas áreas, son escasos los que se enfocan en la salud visual infantil [19]. La capacitación médica continua basada en hallazgos de encuestas KAP ha demostrado ser efectiva para mejorar la detección y el tratamiento de las afecciones visuales infantiles [14].

En este proyecto se aplica un instrumento, en una ESE de Risaralda, a los médicos generales de consulta externa, quienes tienen un papel crucial en la atención infantil. Esta

institución pública se enfoca en la atención primaria, cuenta con 30 médicos generales y está comprometida con la calidad, la innovación y la formación de profesionales [22].

El marco conceptual del estudio se construyó con base en una búsqueda en Web of Science usando términos DeCS/MeSH como: pruebas de visión, salud ocular, prevención y promoción de la salud. Estos conceptos fundamentan el enfoque metodológico [23-25].

En conclusión, este proyecto evalúa el nivel de conocimiento de los médicos generales frente a la Resolución 3280 de 2018 e identifica barreras que dificultan su aplicación. A partir de los resultados se proponen estrategias educativas contextualizadas que contribuyan a una atención visual infantil más equitativa y efectiva en Risaralda.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo transversal para detallar el estado actual del conocimiento y las prácticas de los médicos generales. La población objeto de este estudio estuvo conformada por 30 médicos generales que trabajan en una ESE de Risaralda. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario a la totalidad de la población elegible. Sin embargo, 25 médicos generales aceptaron participar y completaron el cuestionario, representando el 83.3 % de la población total. El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado en conocimientos y prácticas sobre la Resolución 3280 de 2018. Se incluyeron variables como edad, sexo, años de experiencia y aplicación de la normativa en la consulta.

Dentro de los criterios de selección se consideró la participación de médicos generales de consulta externa vinculados a la ESE de Risaralda que tuvieran un periodo continuo de al menos seis meses, que contaran con el conocimiento básico de la Resolución 3280 de 2018 y de las guías relacionadas con el cui-

dado visual infantil. Este criterio asegura que los participantes puedan aportar información relevante para el estudio, también se tomó como criterio de inclusión aquellos médicos generales que tuvieran la disponibilidad, estén en disposición de participar en el estudio y que hayan otorgado su consentimiento informado, lo mismo aquellos que puedan completar el cuestionario dentro de los plazos establecidos y tengan la capacidad para responderlo, es decir, médicos generales sin condiciones médicas, cognitivas o psicológicas que puedan interferir con la comprensión y respuesta efectiva del cuestionario.

La recolección de los datos se realizó después de generar un cuestionario por Google Forms, el cual fue aplicado a los médicos generales de una ESE de Risaralda mediante un enlace (o *link*), estos datos incluyeron variables cuantitativas (nivel de conocimiento) y cualitativas (prácticas frente a la implementación de la Resolución 3280 el 2018), el enfoque metodológico es descriptivo y busca caracterizar la población de estudio, proporcionando una visión general de los resultados; se utilizan frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y se presentan datos a través de tablas y figuras.

Resultados

En este estudio participaron 25 médicos generales de una ESE de Risaralda, del total, el 68 % fueron mujeres y el 32 % hombres, reflejando una mayor representación femenina.

Respecto al nivel de conocimiento sobre la Resolución 3280 de 2018, el 96 % de los participantes reportó conocer la normativa relacionada con la ruta de cuidado visual infantil, sin embargo, al evaluar su aplicación en la práctica clínica, solo el 76 % indicó implementarla en sus consultas, evidenciando una brecha entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica.

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los médicos generales sobre la Resolución 3280 de 2018

Conocimiento	Personas	Porcentaje
Sabe	24	96 %
No sabe	1	4 %
Total general	25	100 %

Fuente: resultados del cuestionario aplicado a médicos generales en una ESE de Risaralda, 2025.

El análisis detallado del conocimiento reveló que, si bien los médicos presentaron un manejo adecuado de los conceptos generales (100 % de respuestas correctas en temas como objetivos de la Resolución, importancia del tamizaje y educación a padres), se identificaron debilidades significativas en aspectos técnicos clave. Solo el 44 % respondió correctamente sobre el momento del primer tamizaje visual, el 52 % comprendió la utilidad del reflejo rojo y el 60 % conocía la frecuencia recomendada para la evaluación del desarrollo visual en menores de cinco años.

En cuanto a las prácticas clínicas, se observaron fortalezas en recomendaciones preventivas, como la limitación del uso de pantallas (100 %) y la evaluación de la agudeza visual (92 %). No obstante, actividades como la realización de la historia clínica ocular detallada (48 %) y la evaluación de alineación ocular (68 %) mostraron baja frecuencia de aplicación. Además, el 60 % presentó criterios claros para la remisión de pacientes a especialistas, indicando limitaciones en la toma de decisiones clínicas basadas en las guías.

Tabla 2. Práctica de los médicos generales en la aplicación de la Resolución 3280 de 2018

Actividad frente a la ruta de cuidado visual infantil	Personas	Porcentaje
Aplica	19	76 %
No aplica	6	24 %
Total general	25	100 %

Fuente: encuesta aplicada a 25 médicos generales en una ESE de Risaralda, 2025.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la existencia de un conocimiento generalizado sobre la normativa, pero también la persistencia de vacíos en su aplicación efectiva. Se concluye que es necesario fortalecer los procesos de formación continua, particularmente en el uso de herramientas clínicas accesibles y en la apropiación de lineamientos normativos con el objetivo de garantizar una atención integral, oportuna y de calidad en salud visual infantil.

A continuación, se presentan los resultados con menor porcentaje de respuestas correctas, los cuales evidencian las áreas de conocimiento que requieren mayor refuerzo en el proceso de formación académica y profesional.

La Tabla 3 muestra los ítems con menor porcentaje de aciertos, lo cual evidencia áreas críticas que requieren refuerzo en la formación de los profesionales de la salud frente al cuidado visual infantil.

En la Tabla 4 se presentan las debilidades detectadas en la aplicación de la Resolución 3280 de 2018 por parte de los médicos generales en cuanto a la ruta de atención de la primera infancia.

La Tabla 4 evidencia aspectos críticos en la evaluación, remisión y anamnesis ocular pediátrica que requieren fortalecimiento en la práctica clínica.

Discusión

Los resultados evidencian que el 96 % de los médicos generales afirman conocer la Resolución 3280 de 2018, lo que representa una cifra consoladora respecto al reconocimiento de la Resolución; este hecho se diferencia de otros estudios realizados, como el de Ocampo Cañas et al. [1], que mostraron un conocimiento más restringido, del 60 % en contextos iguales, lo que indica avances en la extensión de esta política pública.

Tabla 3. Resultados con menor porcentaje de respuestas correctas sobre el conocimiento de la Ruta de Cuidado Visual Infantil basadas en la Resolución 3280 de 2018

Pregunta de conocimiento evaluada	Personas	Porcentaje
¿Cuál es el objetivo del tamizaje visual en la primera infancia?	18	72 %
¿Cuál es la frecuencia recomendada para la evaluación del desarrollo visual en los niños menores de cinco años según la Resolución 3280 de 2018?	5	60 %
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la importancia del reflejo rojo en un examen ocular pediátrico?	13	52 %
¿En qué momento debe realizarse el primer tamizaje visual en los niños según la Resolución 3280 de 2018?	11	44 %

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta aplicada.

Tabla 4. Debilidades en la aplicación de la Ruta de Atención en Salud Visual Infantil según la Resolución 3280 de 2018.

Preguntas sobre la aplicación de la ruta	Personas	Porcentaje
¿A qué especialista remite un niño con sospecha de ambliopía?	18	72 %
¿Utiliza alguna herramienta específica para evaluar la visión en niños que no saben leer?	17	68 %
¿Evalúa la alineación ocular de los niños en cada consulta?	17	68 %
¿Cuál es su criterio para remitir un niño a un especialista en visión?	15	60 %
¿Con qué frecuencia realiza una historia clínica detallada sobre los antecedentes oculares del niño y su familia?	12	48 %

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la encuesta aplicada a médicos generales.

Sin embargo, aunque el conocimiento general sobre la existencia y objetivos de la Resolución 3280 de 2018 es alto, el análisis específico de las preguntas muestra debilidades importantes en la característica técnica, por ejemplo, solo el 44 % identificó exactamente el momento en que debe realizarse el primer tamizaje visual, y apenas el 52 % entendía la importancia de evaluar el reflejo rojo, lo que evidencia una deficiencia incompleta de los lineamientos para ejecutar. La falta de manejo sobre estos puntos compromete la detección temprana de un problema ocular. Maldonado Rueda et al. [19] también reportaron insuficiencias iguales en médicos generales.

Estos espacios en el conocimiento técnico son preocupantes ya que involucran la capacidad del médico general para evidenciar oportunamente alteraciones visuales en la infancia, los artículos en los cuales nos apoyamos respaldan esta observación, Maldonado Rueda et al. identificaron un bajo conocimiento sobre los criterios de remisión y pruebas básicas en los profesionales de Bucaramanga (Colombia), además, el desconocimiento sobre las pruebas clínicas oculares, como el reflejo rojo y la frecuencia del tamizaje visual, puede llevar al no diagnóstico temprano de las señales de alerta clave en patologías, como la catarata congénita o retinoblastoma, condiciones que requieren intervención inmediata para evitar secuelas permanentes (OMS) [13].

El estudio evidencia avances importantes en la práctica clínica en salud visual infantil, donde el 92 % de los médicos evalúa la agudeza visual en sus consultas, el 80 % realiza el examen del reflejo rojo, prueba clave para detección temprana, el 100 % recomienda limitar el uso de pantallas en niños y niñas como medida de prevención, mientras que el 84 % identifica signos de alarma, hecho que fortalece la remisión oportuna. Estas prácticas concuerdan con lo propuesto por la Guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [20]. Muestran un compromiso profesional con la ejecución de

la Resolución 3280 de 2018, a pesar de algunas dificultades se observan logros importantes en la atención primaria.

El 72 % remite adecuadamente a los niños con sospecha de ambliopía. Estos trabajos ayudan a la detección y tratamiento oportuno de alteraciones visuales. Los resultados se alinean con las recomendaciones de la OMS [13] sobre prevención, también concuerdan con Bernal [5], quien resalta el impacto de la capacitación en la práctica clínica, al tiempo que destaca las ventajas de la formación continua en tanto que mejora la calidad de la atención y fortalece la implementación de normas y conductas, también se puede evidenciar y resaltar un compromiso con la aplicación de la Resolución 3280 del 2018 donde estas prácticas favorecen la equidad y el acceso a servicios especializados, como optometría y oftalmología, donde el panorama es positivo y señala la importancia de seguir invirtiendo en educación médica.

El estudio evidencia un nivel bajo de conocimiento sobre el momento adecuado para el primer tamizaje visual, solo el 44 % de los médicos respondió correctamente esta pregunta puntual, cabe saltar que este tamizaje debe realizarse en el recién nacido principalmente en el primer mes y año de vida, la aplicación oportuna permite detectar patologías, como catarata congénita o retinoblastoma. La falta de claridad en este momento refleja deficiencia en la formación técnica de los profesionales. Este desconocimiento compromete la detección temprana y la atención oportuna. La Resolución 3280 de 2018 y la Guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [17] establecen esta directriz.

Asimismo, El 52 % de los médicos respondieron correctamente sobre la importancia de realizar el reflejo rojo, pero un bajo resultado revela una comprensión limitada de una prueba importante, resaltando que el reflejo rojo permite detectar alteraciones, como catarata o retinoblastoma, esto es clave para prevenir la ambliopía y debe hacerse desde el

nacimiento y en el proceso de crecimiento de niños y niñas; la falta de conocimiento sugiere debilidades en la formación técnica médica ya que esta prueba debe ser parte del examen ocular rutinario en la infancia y primera infancia. Matsuo et al. [8] resaltan su efectividad en programas de tamizaje visual, su correcta aplicación mejora la detección temprana de patologías visuales graves. Es importante y urgente reforzar su enseñanza en la práctica clínica pediátrica.

Uno de los hallazgos más preocupantes en la práctica clínica fue que solo el 48 % de los médicos generales realiza una historia clínica detallada con antecedentes oculares y familiares, esta omisión puede limitar la identificación de factores de riesgo importantes, como antecedentes de ambliopía o estrabismo en la familia. La historia clínica completa es fundamental para una atención integral, especialmente en la infancia, etapa en la que muchas alteraciones visuales son silenciosas. Singer et al. [4] destacan que los médicos con acceso a formación continua y mejores recursos tienden a ser más rigurosos en sus evaluaciones clínicas. Este resultado indica la necesidad de fortalecer la cultura de la documentación y el seguimiento visual desde la consulta general.

Otro resultado crítico es que solo el 60 % de los médicos reporta tener claridad sobre los criterios adecuados para remitir un niño con sospecha de alteración visual y ocular. Esta imprecisión puede derivar en retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno de condiciones como la ambliopía y otras patologías oculares cuya ventana terapéutica es limitada. El estudio de Maldonado Rueda et al. [19] también evidenció que muchos médicos generales desconocen los criterios clínicos para la remisión, lo cual afecta negativamente el acceso oportuno a los servicios especializados. Esto sugiere la necesidad de guías prácticas claras y talleres clínicos que refuercen los indicadores de alerta y protocolos de remisión establecidos en la Resolución 3280 de 2018.

Se identifica que, en general, las prácticas no son óptimas, a pesar de contar con un buen nivel de conocimiento. Esto sugiere que el problema no radica en la falta de información, sino en la aplicación de ese conocimiento en la práctica diaria.

Por lo tanto, la solución no debe basarse en un modelo tradicional de enseñanza, como charlas o capacitaciones convencionales, ya que estos enfoques pueden no ser efectivos para cambiar las prácticas. En su lugar es necesario adoptar un modelo andragógico, centrado en el aprendizaje práctico y aplicado, el cual se basa en los principios del aprendizaje de los adultos, este modelo demuestra que los adultos aprenden mejor cuando el contenido es relevante y aplicado a su contexto profesional, que les permite participar rápidamente en el proceso de formación; en el caso de los médicos generales un enfoque andragógico que incluya actividades como simulaciones clínicas, análisis de casos reales, retroalimentación entre pares y resolución de problemas concretos, puede facilitar una mejor comprensión y adopción de prácticas relacionadas con el cuidado visual infantil. Esta metodología promueve un aprendizaje significativo y sostenible, ajustado a las necesidades y experiencias previas de los profesionales de la salud.

Un ejemplo de este enfoque es el uso de estrategias basadas en casos clínicos, que permiten a los profesionales reflexionar sobre situaciones reales y mejorar la toma de decisiones en contextos clínicos concretos.

Conclusión

Los resultados del estudio evidencian que, aunque el conocimiento teórico de los médicos generales sobre la atención visual infantil es adecuado, persisten deficiencias en su aplicación práctica, lo que resalta la necesidad de replantear los enfoques de capacitación mediante estrategias andragógicas centradas en la práctica clínica, como el análisis de casos clínicos, infografías, resaltando la ruta de

atención visual de la primera infancia, al tiempo que evaluar continuamente su efectividad para lograr una atención más pertinente, efectiva y de calidad.

Declaración ética

Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes. El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993.

Referencias

1. Ocampo Cañas JA, García Sierra AM, Pardo Mora YY, Ríos Oliveros DS, Ayala Galvis ÁJ, Hernández Flórez LJ, et al. Clinical assessment of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) by trained professionals in Colombia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2021. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-401955/v1>
2. Lonngi M, Aguilar MC, Ríos HA, Aristizábal-Duque CH, Rodríguez FJ, De la Torre A. Pediatric uveitis: experience in Colombia. Ocul Immunol Inflamm. 2016;24(4):410-414. doi: <https://doi.org/10.3109/09273948.2016.1160129>
3. García Sierra AM, Ocampo Cañas JA. Integrated Management of Childhood Illnesses implementation-related factors at 18 Colombian cities. BMC Public Health. 2020;20(1):1122. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09216-0>
4. Singer S, Gianinazzi ME, Hohn A, Kuehni CE, Michel G. General practitioner involvement in follow-up of childhood cancer survivors: a systematic review. Pediatr Blood Cancer. 2013;60(9):1565-73. doi: <https://doi.org/10.1002/pbc.24586>
5. Bernal R. The impact of a vocational education program for childcare providers on children's well-being. Econ Educ Rev. 2015;48:240-250. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2015.07.003>
6. Gómez-Díaz OL, Esparza-Bohórquez M, Jaimes-Valencia ML, Granados-Oliveros LM, Bonilla-Marciales A, Medina-Tarazona C. Experiencia en la implantación y consolidación de las Guías de Buenas Prácticas de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el ámbito clínico y académico en Colombia. Enferm Clin. 2020;30(3):145-154. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.11.013>
7. Bermúdez ML, Camacho M, Figueroa LF, Medrano SM, León AA. Relación entre la ambliopía y el proceso de lectura. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. 2016;14(2):83-91. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.19052/sv.3835>
8. Matsuo T, Matsuo C, Kayano M, Mitsufuji A, Satou C, Matsuoka H. Photorefractive with Spot vision screener versus visual acuity testing as community-based preschool vision screening at the age of 3.5 years in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8655. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148655>
9. Harris N, Roche E, Lee P, Asper L, Wiseman N, Keel R, et al. Vision screening outcomes of 4–5 year-olds reflect the social gradient. Clin Exp Optom. 2023;106(6):640–644. doi: <https://doi.org/10.1080/08164622.2022.2109947>
10. Meng Z, Fu J, Chen W, Li L, Su H, Dai W, et al. Prevalence of amblyopia and associated risk factors in Tibetan grade one children. Ophthalmic Res. 2021;64(2):280-289. doi: <https://doi.org/10.1159/000511264>
11. Maldonado Rueda SJ, Marzal Guerra EE, Delgado-Serrano J, Cepeda-Bareno DF, Oviedo Cáceres MP. Percepciones sobre el conocimiento de la detección temprana de la ambliopía de médicos generales y pediatras de Bucaramanga. MedUNAB. 2020;23(1):62-71. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.3782>
12. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Resolución 3280 de 2018. Por la cual se definen y adoptan las rutas integrales de atención en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. Disponible en: https://www.subrednorte.gov.co/wp-content/uploads/2023/11/5_resolucion_3280_de_2018.pdf
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la visión. Ginebra: OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
14. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Guía de práctica clínica para la detección temprana y tratamiento de la ambliopía en niños menores de 18 años. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-ambliopia-menores-de-18-anos.pdf?utm_source=chatgpt.com

15. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2018.
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-3280-de-2018.pdf>.
16. Pérez Ballesteros P, Toro Bedoya N, Villegas González C, Zúñiga Carvajal N. Tamizaje visual a niños y niñas escolares entre 4 y 14 años para determinar su nivel de agudeza visual en la zona urbana del municipio de San Pedro, Valle del Cauca 2016. Tuluá: Unidad Central del Valle del Cauca. Facultad de Ciencias de la Salud. 2016. Disponible en: <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/1541/T0015507.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los defectos refractivos en niños menores de 18 años. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-defectos-refractivos-menores-18anos.pdf>
18. Aldebasi YH. Knowledge and awareness of amblyopia among general practitioners in Saudi Arabia. Patient Preference Adherence. 2014;8:821-824. DOI: [10.7759/cureus.73374](https://doi.org/10.7759/cureus.73374)
19. Maldonado Rueda SJ, Marzal Guerra EE, Delgado Serrano J, Cepeda Bareno DF, Oviedo Cáceres MP. Perceptions of the knowledge of the early detection of amblyopia among general practitioners and pediatricians in Bucaramanga. MedUNAB. 2020;23(1):62-71. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3782>
20. Barrera Soto B. Factores que afectan la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia en la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias. 2021[tesis de especialización]. Medellín: Universidad CES. 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10946/6133>
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas: enfermedad viral de Zika y sus posibles complicaciones. Paquete de recursos; 2016. Washington, D. C.: OPS. 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/encuestas-conocimientos-actitudes-practicas-enfermedad-viral-zika-sus-posibles>
22. Hospital Santa Mónica. Hospital Santa Mónica [Internet]. Dosquebradas: Hospital Santa Mónica. [citado 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://hospitalsantamonica.gov.co/>
23. Grosvenor TP. Primary care optometry. 5th ed. St. Louis: Butterworth-Heinemann/Elsevier. 2007. p. 85.
24. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course: fundamentals and principles of ophthalmology. San Francisco: American Academy of Ophthalmology. 2022. p. 95-110.
Disponible en: <https://es.scribd.com/document/706294103/5>
25. World Council of Optometry. Definition of optometry [Internet]. WCO. 2021. Disponible en: https://worldcouncilofoptometry.info/wp-content/uploads/2025/03/Why-Optometry_2025_Brochure_Final.pdf

