

## I. — DISPOSICIONES GENERALES

### NORMAS

*Orden Ministerial 23/2011, de 27 de abril, por la que se aprueban las normas para la valoración de la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo.*

La Orden Ministerial 74/1992, de 14 de octubre, por la que se aprueban las normas para la valoración psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo ha venido regulando los procedimientos para otorgar y controlar la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas implicado directamente en actividades de vuelo. Dicha norma incluía los cuadros médicos de aplicación para cada nivel o grupo de aptitud psicofísica; igualmente relacionaba las competencias de los diversos órganos sanitarios que intervenían en el proceso.

Con posterioridad el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, reguló con carácter general los reconocimientos y pruebas periódicas que garantizan que los diferentes puestos de la estructura militar estén cubiertos por militares con las capacidades psicofísicas adecuadas.

La complejidad de las misiones de las Fuerzas Armadas requiere el ejercicio de una gran diversidad de funciones y cometidos, cuya práctica habitual exige diferentes niveles de aptitud psicofísica; por ello en el Artículo 4.5 del Reglamento citado en el párrafo anterior se establece que el Ministro de Defensa podrá adecuar el contenido y la frecuencia de los reconocimientos médicos en razón del Cuerpo, Escala, especialidad, empleo, destino, edad y circunstancias personales de los militares.

Por lo expuesto, dado el tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de la Orden Ministerial 74/1992, de 14 de octubre y la experiencia acumulada en su aplicación, así como los cambios orgánicos de la Sanidad Militar y la evolución de la praxis médica, se considera que debe ser revisada en su conjunto, con el propósito de actualizarla para adaptarse a las transformaciones orgánicas de las Fuerzas Armadas de los últimos años y además incluir al personal del Cuerpo de la Guardia Civil con responsabilidad de vuelo. Dicha revisión tiene también como objetivo obtener una mayor objetividad y facilitar la labor del médico calificador.

En su virtud, con el informe favorable del Ministerio del Interior en lo que afecta a la Guardia Civil,

DISPONGO:

*Artículo único. Aprobación de normas.*

Se aprueban las Normas para la valoración de la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo, cuyo texto se incluye a continuación.

*Disposición adicional única. Reconocimientos médicos del personal de la Guardia Civil.*

Los reconocimientos médicos del personal de la Guardia Civil con responsabilidad de vuelo se registrarán por lo contemplado en estas normas. La referencia efectuada en dichas normas al Jefe de Estado Mayor del Ejército correspondiente se entenderá referida al Subdirector General de Personal de la Guardia Civil y la efectuada al Director de Sanidad al Jefe de Sanidad de la Guardia Civil.

*Disposición transitoria única. Reconocimientos médicos iniciados.*

Los reconocimientos médicos en curso, iniciados conforme a lo establecido en la Orden Ministerial 74/1992, de 14 de octubre, por la que se aprueban las normas para la valoración psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo, serán efectuados hasta su terminación rigiéndose por dicha orden ministerial.

**Disposición derogatoria única. Derogación normativa.**

1. Queda derogada la Orden Ministerial 74/1992, de 14 de octubre, por la que se aprueban las normas para la valoración psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo.
2. Asimismo, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan al contenido de esta orden.

**Disposición final primera. Facultades de desarrollo.**

1. Se autoriza al Subsecretario de Defensa a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de esta orden ministerial
2. Asimismo se autoriza al Subsecretario de Defensa a modificar el cuadro médico que figura en el anexo de las normas aprobadas por esta orden ministerial.

**Disposición fina segunda. Entrada en vigor.**

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Ministerio de Defensa».

Madrid, 27 de abril de 2011.

**CARME CHACÓN PIQUERAS**

**Normas para la valoración de la aptitud médica del personal de las fuerzas armadas con responsabilidad de vuelo.****CAPÍTULO I****Objeto y ámbito de aplicación****Artículo 1. Objeto.**

1. Esta norma regula el sistema de valoración de la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas (FAS) con responsabilidad de vuelo y establece un cuadro médico de referencia, anexo 1 de las normas.

2. Asimismo determina el sistema y los procedimientos para que dicha valoración médica sea realizada por los órganos médico aeronáuticos competentes.

3. Todo lo anterior con la doble finalidad de contribuir a la seguridad en vuelo y proteger la salud del personal que pueda estar sometido a condiciones o exigencias especiales.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.**

Esta norma es de aplicación a todos los militares de las Fuerzas Armadas (FAS) así como al personal aspirante a ingreso en los centros docentes militares de formación que tengan que obtener o mantener la aptitud necesaria para las funciones de vuelo del nivel o grupo que se determine.

**CAPÍTULO II****Clasificación del personal a efectos de aptitud médica****Artículo 3. Grupos.**

A efectos de esta norma, el personal militar con responsabilidad de vuelo se clasifica en los grupos I a IV que se definen en la misma.

**Artículo 4. Grupo I.**

Está incluido en este grupo el personal de las FAS que realice funciones de pilotaje a bordo de aeronaves de cualquier tipo, como caza, transporte o helicópteros. Los pilotos y las tripulaciones de aquellas aeronaves que se determinen podrán precisar la acreditación de una aptitud específica, en función de las características de dichas aeronaves y de sus cometidos en ellas.

**Artículo 5. Grupo II.**

Están incluidos en este grupo los tripulantes aéreos sin responsabilidad directa sobre el control de la aeronave. Asimismo pertenecen a este grupo los paracaidistas de apertura manual, el personal sanitario de vuelo, que incluye médicos, enfermeros y personal auxiliar, tiradores, rescatadores, y aquel otro personal que de manera habitual o extraordinaria tenga que realizar funciones a bordo con motivo de ensayos en vuelo, observación, calibración u otras funciones que se determinen.

**Artículo 6. Grupo III.**

Pertenecen a este grupo los controladores de interceptación y de tráfico aéreo que deban poseer la correspondiente tarjeta de aptitud y los operadores de aeronaves no tripuladas.

**Artículo 7. Grupo IV.**

Está constituido por los paracaidistas de apertura automática.

## CAPÍTULO III

## Reconocimientos médicos

Artículo 8. *Concepto.*

Los reconocimientos médicos consisten en el examen de la persona que permita evaluar su condición médica y detectar una posible enfermedad o alteración, todo ello con objeto de valorar la aptitud médica para desarrollar las funciones relacionadas con el vuelo, que correspondan a su grupo o actividad aeronáutica. Sus resultados o dictámenes se atenderán a las normas que establece esta disposición, siendo preceptiva esta evaluación médica antes de que se realicen las funciones de responsabilidad en vuelo.

Artículo 9. *Criterios de valoración médica.*

1. En la valoración global y el consiguiente informe se tendrán en cuenta las circunstancias personales, el grupo y la actividad aeronáutica a desarrollar.

2. Ante una posible limitación o falta de aptitud, se aplicarán los siguientes criterios médicos de evaluación:

a) La valoración se basará en razones médicas objetivas, debiendo matizarse con precisión la causa que la justifique. El diagnóstico de un proceso no es un criterio de valoración en sí mismo y sí lo es la limitación o falta de aptitud que origine, en relación con la actividad aeronáutica.

b) Los resultados de las exploraciones médicas que avalen dicha calificación deberán fundamentarse exponiendo las técnicas empleadas, los motivos de la decisión adoptada y, en su caso, la valoración sobre las alegaciones presentadas por el interesado.

c) La calificación tendrá en cuenta la limitación específica que cause, la posible agravación que pueda suponer el desempeño de los cometidos y funciones y las posibles repercusiones sobre la seguridad de vuelo.

d) Hay que valorar las posibles limitaciones a la aptitud médica para tareas de vuelo, no siendo necesario llegar a un diagnóstico con finalidad clínica asistencial. No obstante y en su caso, se deberá informar adecuadamente al interesado de los hallazgos, por el bien de su salud.

3. Los criterios que se deben seguir, ante la posible necesidad de realizar una prueba diagnóstica especial que entrañe algún riesgo o penosidad para el interesado, son los siguientes:

a) Necesidad de su realización para discernir una valoración clave.

b) Ausencia de contraindicación médica.

c) Ausencia de dicha prueba o de otra de fiabilidad análoga, realizada por un servicio acreditado oficialmente y dentro de unos plazos que deberán ser valorados por las unidades de reconocimientos médico aeronáuticos.

d) Explicación al interesado, de manera clara, de las características de las pruebas, incluyendo su riesgo, penosidad y obteniendo su consentimiento informado.

4. La valoración de la aptitud mental corresponde al campo de la psiquiatría, con la colaboración de la psicología.

5. Si en el curso del reconocimiento se hallase un proceso patológico que no conllevara pérdida de aptitud ni siquiera temporal, el médico calificador, en el apartado de observaciones, podrá citar al personal afectado para una revisión parcial. Esta revisión se efectuará en el plazo no superior a treinta días, pudiendo bastar la consulta de la especialidad requerida.

Artículo 10. *Tipos de reconocimiento médico.*

Los reconocimientos médicos que debe pasar el personal de las FAS con responsabilidad de vuelo se clasificarán, en función de su finalidad o frecuencia, en los siguientes tipos:

a) Inicial.

b) Periódico.

c) Extraordinario.

d) Especial.

**Artículo 11. Reconocimiento médico inicial.**

1. El reconocimiento médico inicial tiene por objeto comprobar que el personal cumple las condiciones médicas exigidas para iniciar actividades o cursos con responsabilidad de vuelo, independientemente de las condiciones médicas que acreditara el interesado al ingreso en las FAS. Y será preceptivo superarlo antes de iniciar las actividades que supongan responsabilidad de vuelo.

2. Los reconocimientos médicos iniciales para el personal de los grupos I, II y III se realizarán por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del Centro de Investigación de Medicina Aeroespacial (CIMA).

3. Los aspirantes a ingreso en especialidades fundamentales de cuerpos y escalas que incluyan entre sus cometidos actividades de vuelo deberán pasar el reconocimiento médico inicial contemplado en esta norma y resultar aptos. Los aspirantes a ingreso en la escala de oficiales del Cuerpo General del Ejército del Aire deberán acreditar en este reconocimiento la aptitud correspondiente al Grupo I.

Todos los aspirantes a desarrollar actividades con responsabilidad de vuelo deben pasar un reconocimiento inicial que deberá adaptarse a lo contemplado en estas normas.

4. En el ámbito de la selección de ingreso en las FAS, la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA será el órgano responsable de la evaluación médica en el marco de la convocatoria del proceso selectivo. En los recursos a las calificaciones, el Tribunal Médico Militar de Apelación deberá recabar el dictamen del CIMA y disponer como vocal titular o eventual, con voz y voto, de un especialista en medicina aeronáutica.

**Artículo 12. Reconocimiento médico periódico.**

1. El reconocimiento médico periódico tiene por objeto comprobar que se mantiene el grado de aptitud médica correspondiente al grupo y actividad aeronáutica de la persona examinada y se realizará con la siguiente periodicidad:

a) Anual, a efectuar con carácter general en la fecha de nacimiento, pudiendo realizarse durante los 45 días previos a la misma, en una Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos. Si el reconocimiento médico correspondiera en una fecha en la que previsiblemente dicho personal de vuelo vaya a estar realizando maniobras, destacamentos, comisiones etc., fuera del territorio nacional, debería efectuar un reconocimiento médico-aeronáutico en el mes previo al inicio de dicha actividad.

b) Los alumnos de la escala de oficiales de la Academia General del Aire lo realizarán inmediatamente antes del inicio de su actividad de vuelo, en la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA y en conjunción con el entrenamiento fisiológico inicial.

c) Cada tres años, en la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA para todo el personal de los grupos I, II y III que pasen reconocimiento periódico anual en otros centros.

2. Cuando el personal se haya sometido a un reconocimiento extraordinario o especial, el siguiente reconocimiento periódico lo efectuará coincidiendo con el correspondiente a su fecha de cumpleaños, salvo en el caso en que éste fuera en los dos meses siguientes, permitiéndose entonces que se haga en la fecha correspondiente al siguiente cumpleaños, pero de manera que no pasen más de 14 meses sin efectuar el preceptivo reconocimiento médico-aeronáutico.

**Artículo 13. Reconocimiento médico extraordinario.**

1. El reconocimiento médico extraordinario tiene por objeto comprobar las condiciones médicas en aquellos casos en que sea aconsejable no esperar al reconocimiento médico periódico o cuando las circunstancias excepcionales obliguen a efectuarlo, por la posibilidad de variación de las condiciones requeridas para su puesto de trabajo.

2. Los reconocimientos médicos extraordinarios serán realizados en los casos siguientes:

a) A petición motivada del jefe de la unidad, centro u organismo de quien dependa el interesado, siendo preceptivo tras una interrupción del servicio de más de seis meses.

b) En apoyo a otros órganos médico periciales, según los criterios que determine la Inspección General de Sanidad.

c) Por haber sufrido un accidente no aéreo, siempre que el médico de vuelo o de la unidad aérea estime que las lesiones habidas o posibles puedan ser motivo de pérdida de aptitud.

d) Por haber sido calificado «apto transitorio» o «no apto circunstancial» en el reconocimiento médico periódico.

e) Por haber cesado en la actividad de vuelo por un período superior a dos años.

f) A petición del médico de vuelo a través del jefe de la unidad aérea, por exploraciones diagnósticas médicas practicadas cuyos resultados aconsejen verificar la aptitud médica anterior, así como ante la aparición de un proceso intercurrente o de una intervención quirúrgica que pudieran conllevar secuelas limitantes.

g) A petición del interesado, previo informe del médico de vuelo de la unidad aérea y solicitud a través del Jefe de la Unidad.

h) En todo caso, tras haber sufrido un accidente aéreo.

3. Los reconocimientos médicos extraordinarios serán efectuados por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA., excepto en el caso de haber obtenido una calificación de «apto transitorio» en un reconocimiento médico periódico, en cuyo caso podría ser efectuado por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos que hizo dicha evaluación.

#### Artículo 14. *Reconocimiento médico especial.*

El reconocimiento médico especial será efectuado por la Junta Médico Aeronáutica del CIMA y tiene por objeto acreditar unas condiciones médicas diferentes a las exigidas en los otros tipos de reconocimiento, cuando los requisitos de la función o misión a realizar lo hagan necesario. En particular serán realizados previamente al entrenamiento aeromé-dico y ante la incorporación de nuevas aeronaves o sistemas de armas en general, con el alcance y dictamen final que determine dicha Junta.

#### Artículo 15. *Enfermedades y procesos intercurrentes.*

El personal con responsabilidad de vuelo, de todos los grupos, está obligado a comunicar al Jefe de Sanidad de su unidad o médico asignado todo incidente en su salud que pudiera conllevar cualquier modificación en su aptitud para el vuelo. En cualquier caso, aquellas patologías que impliquen una no aptitud para el desarrollo de actividades con responsabilidad en vuelo superior a tres semanas deberán ser puestas en conocimiento del médico de vuelo de la unidad.

### CAPÍTULO IV

#### Junta Médico Aeronáutica y Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos

##### Artículo 16. *Junta Médico Aeronáutica.*

1. La Junta Médico Aeronáutica será el órgano médico pericial militar superior y de referencia en materia de valoración de la aptitud médica del personal para las funciones con responsabilidad de vuelo y, en general, para las actividades médico aeronáuticas. Radicará en el CIMA., estará presidida por su director y tendrá tres vocales y un secretario. Al menos dos de sus miembros estarán en posesión de la especialidad complementaria de Medicina Aeroespacial.

2. Los vocales y el secretario serán nombrados por el Inspector General de Sanidad de la Defensa a propuesta del director del CIMA., de entre los oficiales del Cuerpo Militar de Sanidad destinados en dicho Centro. Podrá designarse como vocales eventuales, con derecho a voz pero no a voto, a otros miembros del Cuerpo Militar de Sanidad o bien proponerse, por el conducto adecuado, la designación de vocales eventuales de los Cuerpos Generales de los Ejércitos, en función de los asuntos a tratar.



3. Desarrollará las siguientes funciones:

- a) Dictaminar en los casos contemplados en la presente norma.
- b) Dictaminar y asesorar en los casos que determine el Subsecretario de Defensa y el Inspector General de Sanidad.
- c) Elaborar informes y propuestas del ámbito médico aeronáutico.
- d) Establecer criterios de aplicación de los cuadros médicos para la determinación de la aptitud del personal de las FAS con responsabilidad de vuelo.
- e) Establecer, en su caso, los criterios de aptitud médico aeronáutica específicos para cada tipo de aeronave.
- f) Coordinar y controlar las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.

*Artículo 17. Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.*

1. Serán los órganos médico-periciales militares encargados de la valoración de la aptitud médica de vuelo, para los niveles y grupos que se determinan en esta norma. Se constituirán en el CIMA y en los centros sanitarios militares que se determinen por la Inspección General de Sanidad. Estarán presididas por un oficial médico y contarán con un vocal y un secretario, de los que al menos uno estará en posesión de la titulación de médico de vuelo.

2. Desarrollarán las siguientes funciones:

- a) Dictaminar en los casos contemplados en esta norma.
- b) Realizar los reconocimientos médicos periódicos, en los que sólo podrá asignar las siguientes calificaciones: «apto», «apto transitorio», «no apto circunstancial» y «revisión en el CIMA.» En todos los casos se enviará copia del expediente al CIMA.
- c) Elaborar informes y propuestas del ámbito médico aeronáutico para su remisión a la Junta Médico Aeronáutica.
- d) Realizar los reconocimientos médicos extraordinarios cuya calificación previa dada por la misma unidad fuera la de «apto transitorio». No obstante, en casos particulares el CIMA podrá asumir la revisión de estos casos.

3. Se constituirá una Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» y otra en el CIMA. Igualmente, y en función de las necesidades del servicio, podrán constituirse dichas unidades en hospitales u órganos sanitarios militares que autorice la Inspección General de Sanidad de la Defensa.

*Artículo 18. Funcionamiento de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos*

1. Los acuerdos de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos se adoptarán por mayoría, en caso de empate el presidente tendrá voto de calidad; sus miembros podrán hacer constar votos particulares motivados.

2. Las deliberaciones tendrán carácter de confidencialidad.

3. Para garantizar la continuidad en el funcionamiento de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos se podrán designar miembros suplentes, preferentemente del mismo centro donde radiquen.

*Artículo 19. Apoyos a las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.*

1. Los hospitales y centros sanitarios militares prestarán el apoyo médico necesario para facilitar el estudio que fundamente el dictamen de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.

Las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos podrán solicitar al Jefe de la Unidad de destino del examinado la información técnica y operacional necesaria para la valoración de la aptitud médica.

2. Si el centro sanitario donde radique la unidad no dispusiera previamente de la documentación de anteriores reconocimientos médico aeronáuticos o, en general, médico periciales se podrá solicitar, al CIMA o al centro sanitario que los hubiera hecho con anterioridad, la remisión de una copia.

## CAPÍTULO V

**Valoraciones y calificaciones**

Artículo 20. Valoración de los grupos.

1. Serán competencia exclusiva de la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA los siguientes reconocimientos:

- a) Los reconocimientos médicos iniciales, excepto los del Grupo IV
- b) El reconocimiento médico periódico, al menos una vez cada tres años, para el personal de los Grupos I, II y III.
- c) Los reconocimientos médicos extraordinarios, excepto en los casos de calificación «apto transitorio» que también podrán ser revisados en otra Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.
- d) Los reconocimientos médicos especiales.

2. Los demás reconocimientos médicos periódicos serán competencia de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos que se determinen, en función del contenido del reconocimiento y la proximidad geográfica de la unidad o del examinado.

3. El personal incluido en el Grupo IV pasará los reconocimientos médicos en el Servicio Sanitario de la unidad de destino, remitiendo éste los casos de duda a una Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos para su valoración.

Artículo 21. *Tipos de calificaciones.*

Las calificaciones que pueden otorgar las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos en los diversos tipos de reconocimientos médicos afectan exclusivamente a la aptitud médico aeronáutica y serán las siguientes:

a) «Apto»: cuando el examinado cumpla todos los requisitos médicos establecidos para su grupo y actividad.

b) «Apto transitorio»: cuando el examinado tenga una disminución de las condiciones médicas que, no afectando a la seguridad de vuelo, aconsejen un reconocimiento médico extraordinario, total o parcial en el plazo que se determine.

c) «Apto con restricciones»: cuando el examinado tenga una disminución de las condiciones médicas que aconsejen la limitación de su aptitud para un determinado cometido, a especificar por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.

d) «Apto con dispensa»: será otorgado en circunstancias excepcionales tras valoración por la Junta Médico Aeronáutica, en reconocimiento extraordinario, de acuerdo a lo contemplado en el Artículo 25 de estas Normas.

e) «No apto circunstancial»: cuando el examinado padezca un proceso reversible incompatible con las actividades de vuelo. Requerirá un nuevo reconocimiento médico extraordinario, total o parcial, en el plazo que estime la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos. Ante la permanencia de esta calificación durante más de sesenta días, deberá pasar nuevo reconocimiento por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos del CIMA. Este reconocimiento podrá anticiparse a la fecha inicialmente propuesta por la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos a petición motivada del interesado y previo informe favorable del médico de vuelo de su unidad. La permanencia de un año con esta calificación conllevará la realización de un reconocimiento médico extraordinario para la determinación de la calificación definitiva.

f) «No apto»: se aplicará esta calificación al personal que no haya acreditado en el reconocimiento la condición médica necesaria para su grupo o bien la exigible para el acceso a la condición de alumno de los centros docentes militares de formación o a los cursos de perfeccionamiento que determinen las correspondientes convocatorias. Para el personal militar de los grupos I a III esta calificación sólo podrá ser dada por el CIMA.

g) «Revisión en el CIMA.»: se aplicará al personal militar cuando en el transcurso de un reconocimiento se detecte una presunta pérdida de condición médicas, que no pueda ser valorada por una Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos y deba ser sometido a estudio en el CIMA y dictamen por su Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.



El personal que haya obtenido alguna de las calificaciones de los anteriores párrafos e), f) ó g) no podrá realizar las misiones de vuelo correspondientes.

*Artículo 22. Asignación de calificaciones.*

Las calificaciones atribuibles, según el tipo de reconocimiento son las siguientes:

a) Para el reconocimiento médico inicial:

- 1.º Apto.
- 2.º No apto.

b) Para el reconocimiento médico periódico realizado en el CIMA:

- 1.º Apto.
- 2.º Apto transitorio.
- 3.º Apto con restricciones.
- 4.º No apto circunstancial.
- 5.º No apto.

c) Para el reconocimiento médico periódico realizado por las Unidades de Reconocimientos Médico-Aeronáuticos de los centros sanitarios militares:

- 1.º Apto.
- 2.º Apto transitorio.
- 3.º No apto circunstancial, hasta sesenta días.
- 4.º Revisión por el CIMA.

d) Para el reconocimiento médico extraordinario:

- 1.º Apto.
- 2.º Apto transitorio.
- 3.º Apto con restricciones.
- 4.º Apto con dispensa.
- 5.º No apto circunstancial.
- 6.º No apto.

e) Para el reconocimiento médico especial:

- 1.º Apto.
- 2.º No apto.

*Artículo 23. Notificación de los resultados.*

1. El interesado deberá ser notificado con la mayor celeridad posible y de forma fehaciente de la calificación obtenida en el reconocimiento médico correspondiente.

2. Las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos remitirán a los destinatarios indicados la documentación siguiente:

a) A la Dirección de Sanidad del Ejército correspondiente o al presidente del órgano de selección, en su caso: relación nominal de calificaciones conferidas con las explicaciones que fueran necesarias en los casos de calificación distinta a la de «apto».

b) A la Jefatura de Sanidad de la Unidad a la que pertenezca el personal examinado: una copia de la ficha del reconocimiento, que se incorporará a su expediente de aptitud psicofísica.

c) Al personal reconocido: copia o fotocopia de la ficha de su reconocimiento, si lo solicitara.

d) Al CIMA: una copia de la ficha del reconocimiento, y cualquier otro informe o prueba(o copia en su caso) que se considere de interés para la evaluación médico-aeronáutica.

e) En los casos de «revisión por el CIMA» se enviará también una copia de la ficha de reconocimiento a la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos que lo remitió.

3. Cuando se constate la calificación de «apto», el médico examinador o la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos podrá proceder a firmar la tarjeta de aptitud o extender el documento de aptitud médica correspondiente.

Cuando la calificación conlleve la modificación de la aptitud previa, deberá ser comunicada inmediatamente al Jefe de la Unidad.

La comunicación de resultados a la autoridad contendrá únicamente los imprescindibles datos de filiación, calificación obtenida, los datos administrativos precisos y, en su caso, la referencia al apartado y epígrafe del cuadro médico.

Se comunicará directamente al interesado toda aquella información médica obtenida en el reconocimiento que sea relevante para su salud. Ante una calificación distinta a la de apto el interesado podrá solicitar por escrito copia de la información médica obtenida.

Toda la información personal de carácter sanitario deberá quedar salvaguardada por el grado de confidencialidad que le atribuya la vigente legislación en materia sanitaria y la reguladora de la protección de datos de carácter personal.

#### Artículo 24. Alegaciones y ampliación de informe.

1. Las alegaciones y solicitudes de ampliación de informe del personal militar de los grupos I a IV ante las calificaciones de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos, debidamente motivados, deberán dirigirse por conducto reglamentario al órgano que emitió la resolución administrativa que corresponda. Dicho órgano podrá solicitar a la Unidad de Reconocimientos Médico Aeronáuticos que emitió el dictamen las aclaraciones o ampliaciones que considere oportunas o bien podrá solicitar al CIMA su revisión.

2. Independientemente de los estudios, pruebas e informes médicos que pueda aportar el interesado, las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos serán los únicos órganos competentes para determinar las pruebas o exploraciones necesarias para valorar la aptitud médica para vuelo en las FAS, así como para decidir la calificación correspondiente.

#### Artículo 25. Situaciones especiales.

1. El personal que hubiera obtenido una clasificación distinta de la de «apto» pasará a la situación que determine la legislación vigente, si bien podrá solicitar, en el plazo no superior a treinta días, a contar a partir de la correspondiente notificación, continuar prestando determinadas actividades propias de su especialidad, con carácter excepcional y en las condiciones que se determinen.

2. La solicitud, debidamente motivada y acompañada del informe del Jefe de la Unidad, se dirigirá por conducto reglamentario al Jefe de Estado Mayor de su Ejército, quien resolverá, previo informe de la Junta Médico Aeronáutica. Si la resolución fuese favorable al solicitante, por estimarse que ello no implica riesgo alguno para él mismo, para terceros o para bienes materiales, el interesado podrá continuar ejerciendo la actividad o función que corresponda, debiendo pasar reconocimiento médico extraordinario con la periodicidad que se determine y con las consecuencias establecidas en la presente norma, y pasando a ser calificado como «apto con dispensa». Si las condiciones que motivaron la calificación de «no apto» se modificaran, la Junta Médico Aeronáutica informará de ello al Jefe de Estado Mayor del Ejército del examinado para la resolución que proceda.

3. En el expediente médico del personal afectado deberá constar toda la documentación justificativa de su situación.

### CAPÍTULO VI

#### Documentación y trámites

#### Artículo 26. Formulario del reconocimiento médico aeronáutico.

1. Para cada reconocimiento, se confeccionará un formulario de reconocimiento médico aeronáutico que contendrá los datos de filiación, el motivo del reconocimiento y autoridad que lo ordene, cuestionario de salud firmado por el interesado y consentimiento informado para la realización de las pruebas pertinentes, síntesis de protocolo

aplicado y sus resultados, calificación final motivada y, en su caso, plazo para un nuevo reconocimiento.

2. Cuando se efectúe un cambio de destino del interesado, el expediente médico aeronáutico deberá ser remitido inmediatamente por la unidad de origen a la de destino.

3. La documentación y sus procedimientos de gestión serán preferentemente informáticos y compatibles con los sistemas informáticos de la Sanidad Militar y, en general, del Ministerio de Defensa.

#### Artículo 27. *Actas de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos.*

1. Los acuerdos y dictámenes de las Unidades de Reconocimientos Médico Aeronáuticos se recogerán en las actas correspondientes, para cada caso.

2. Las actas serán firmadas por todos los miembros asistentes a la sesión y las copias por el secretario con la conformidad del presidente.

### CAPÍTULO VII

#### Entrenamiento aeromédico

#### Artículo 28. *Concepto de entrenamiento aeromédico.*

1. Se entiende por entrenamiento aeromédico (EAM) el conjunto de actuaciones, tanto prácticas e instrumentales como teóricas, que tienen como objetivo adiestrar al tripulante aéreo, de forma controlada y segura, para las especiales circunstancias y condiciones fisiológicas del medio aeronáutico, con la finalidad de proteger su salud, facilitar la eficiencia en las tareas de vuelo y contribuir a la seguridad del sistema.

2. El EAM requiere la utilización de simuladores específicos capaces de reproducir de la manera más exacta posible las condiciones medio-ambientales que los tripulantes puedan encontrar en el vuelo real.

3. El hallazgo de sospecha de limitaciones en las condiciones médicas en el transcurso de un EAM se valorará en el marco de la presente norma.

#### Artículo 29. *Ámbito de aplicación del entrenamiento aeromédico.*

El EAM debe ser realizado por todos los tripulantes aéreos por el CIMA, en función del tipo de aeronave en que vuele y de la misión aeronáutica que desarrolle. En este sentido serán de aplicación los acuerdos internacionales ratificados e implantados por España.

#### Artículo 30. *Desarrollo del entrenamiento aeromédico.*

1. El CIMA, como órgano superior en materia de medicina aeronáutica, establecerá los protocolos y programas de entrenamiento aeromédico correspondientes que abarcarán las diferentes áreas de interés, la altitud (hipobaría e hipoxia), biodinámica (altas aceleraciones, vibraciones), alteraciones sensorio-perceptivas (desorientación espacial y visión nocturna), variaciones térmicas, y otras que se determinen en función de la evolución de la aeronáutica.

2. Los tripulantes que realicen EAM deberán acreditar la aptitud médica correspondiente a su grupo. Los tripulantes cuyo EAM coincida en el plazo de sesenta días con su reconocimiento médico reglamentario, éste se realizará previo al entrenamiento y tendrá validez para acreditar la aptitud necesaria. En todos los casos se realizará un reconocimiento médico previo al EAM cuyas características vendrán determinadas por el tipo de entrenamiento a desarrollar.

3. Se efectuará entrenamiento en altitud con la siguiente periodicidad y condiciones:

- a) Previo al inicio de los cursos básicos de vuelo para los grupos I y II.
- b) Cada tres años para el personal del Grupo I asignado a unidades de caza y ataque y para el personal paracaidista de apertura manual que efectúe saltos de precisión y alta cota.
- c) Cada cinco años para el personal asignado a unidades de transporte, helicópteros y resto del personal de las FAS con actividades en vuelo.
- d) Previo al entrenamiento en aeronaves de prestaciones especiales o aquél que se considere asociado a cursos específicos o monográficos.

e) Deberá realizar prácticas de entrenamiento aeromédico con carácter extraordinario, aquel personal que determinen los jefes de las unidades de las FAS, a petición de los oficiales médicos de vuelo que por causa aeronáutica o médica se considere oportuno.

4. El EAM en ambiente de altas aceleraciones será realizado, en el marco de lo que requieran los Ejércitos, por el siguiente personal:

- a) Pilotos designados para realizar el curso de caza y ataque.
- b) Pilotos destinados en unidades de caza y ataque, que no lo hubieran realizado previamente.
- c) Pilotos que se incorporen a una unidad de caza y ataque, después de haber permanecido más de dos años sin volar en aeronaves de caza.
- d) Excepcionalmente y con el alcance que se determine, los oficiales médicos de vuelo destinados en las unidades de caza y ataque.
- e) Otro que se proponga por la Junta Médico Aeronáutica.

5. El entrenamiento en visión nocturna se efectuará con la periodicidad y condiciones que se indican a continuación y siempre sujeto a las normativas y acuerdos internacionales implantados por España:

- a) Lo realizará todo el personal que lo precise independientemente del Grupo al que pertenezca.
- b) Se realizará previo al inicio del uso de gafas de visión nocturna.
- c) Se repetirá según necesidades y con la periodicidad que se establezca.

6. El entrenamiento en orientación espacial se efectuará con la periodicidad y condiciones que se indican a continuación y siempre sujeto a las normativas y acuerdos internacionales implantados por España:

- a) Lo realizará todo el personal perteneciente al Grupo I así como el de otros grupos que lo precisen.
- b) La periodicidad será la misma que se establece para el entrenamiento en altitud con el que se realizará conjuntamente.

## ANEXO 1

**Cuadro médico para la valoración de la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas con responsabilidad de vuelo.**

## INTRODUCCION

El objeto de éste cuadro es proporcionar un marco de condiciones y procesos psicofísicos para valorar la aptitud médica del personal de las Fuerzas Armadas (FAS) que deba asumir responsabilidades relacionadas con el vuelo, en los diversos grupos o niveles de aptitud médica; asimismo será de aplicación a los aspirantes a ingreso en los centros docentes militares de formación en el marco que determinen las convocatorias.

No es posible contemplar de forma exhaustiva todas las circunstancias que puedan presentarse al examinador, sin embargo se considera que los datos incluidos en el cuadro son suficientes para que aquellas condiciones que no aparezcan de forma expresa puedan ser valoradas por analogía con otras que sí consten o en apartados generales. Los criterios para la interpretación del presente cuadro serán competencia de la Junta Médico Aeronáutica.

El presente cuadro está estructurado en capítulos, con una sigla cada uno de ellos y a su vez en apartados, para facilitar su aplicación.

## Indice

Capítulo	Título	Apartado
1	Condiciones Generales	1-13
2	Enfermedades Generales	14-20
3	Cardiología y Sistema Circulatorio	21-61
4	Neumología	62-89
5	Dermatología	90-107
6	Aparato Bucal	108-126
7	Aparato Digestivo	127-163
8	Endocrinología y Metabolismo	164-201
9	Hematología	202-211
10	Aparato Genitourinario	212-235
11	Ginecología	236-249
12	Aparato Visual	250-290
13	Otorrinolaringología	291-322
14	Aparato Locomotor	323-634
15	Neurología	365-393
16	Psiquiatría	394-404
17	Psicología	405-408

## CAPÍTULO 1. CONDICIONES GENERALES

Apartado 1. De aplicación conjuntamente con cualquier apartado. Descalificará cualquier tipo de hallazgo tanto psíquico como somático, congénito o adquirido que, en opinión del examinador reúna alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Pueda entorpecer, por las repercusiones en el momento del examen o previsiblemente en el futuro, la eficacia del vuelo, así como el uso de los diversos equipos de vuelo y la ejecución de sus funciones o alterar la salud del examinado.
- b) Tenga potencial de incapacitación repentina o súbita.
- c) Tenga potencial de incapacitación sutil, que pudiera afectar a su estado de alerta, percepción sensorial o procesamiento de información.
- d) Sea difícilmente detectable su recurrencia o progresión, suponiendo un riesgo inasumible de cumplir alguno de los apartados anteriores.

e) Siendo crónica y recurrente, a pesar de los periodos de normalidad, precise un seguimiento médico próximo para su control o suponga un riesgo de incapacitación durante el vuelo.

f) Para su tratamiento precise medicación con efectos sobre el nivel de conciencia y alerta, altere la coordinación psicomotriz o la percepción sensorial del tripulante.

g) Los procesos, incluso con criterios de curación clínica en el momento de la evaluación o corrección quirúrgica, que presenten secuelas que incidan significativamente en el desempeño de los cometidos a desempeñar, siguiendo los criterios de los apartados anteriores.

Apartado 2. Los límites de edad serán los que se establezcan por normas particulares para cada grupo o actividad.

Las condiciones de aptitud física y de orden antropométrico se regirán por los siguientes criterios:

#### Condiciones antropométricas y de aptitud física

Apartado 3. Será causa de exclusión cualquier manipulación médica o quirúrgica que incida sobre la talla.

#### GRUPO I

Apartado 4. Talla en bipedestación, deberá estar comprendida entre 160 y 196 cm para el ingreso en las escuelas de formación general. Para la realización de actividades de caza y ataque o cualquier cuso de avión de caza (con asiento eyectable), la talla en bipedestación no podrá superar 187 cm.

Apartado 5. Talla del cuerpo sentado, deberá estar comprendida entre los 80 y 102 cm.

Apartado 6. Longitud del muslo, deberá estar comprendida entre los 50 y 65 cm.

Apartado 7. Sobrepeso o peso insuficiente que dificulte el uso del equipo militar, que pueda entorpecer la eficacia del vuelo, la ejecución de sus funciones o alterar la salud del examinado. El peso será proporcional a la talla presentando el examinado una constitución armónica.

Apartado 8. El IMC ( $IMC = \text{peso en Kg} / \text{talla en metros al cuadrado}$ ) estará comprendido entre los valores de 18 y 28.

Apartado 9. El peso mínimo no será inferior a 60 Kg. Se valorarán individualmente los casos en que el candidato/a vaya a volar exclusivamente aeronaves sin asiento eyectable.

#### GRUPOS II, III y IV

Apartado 10. Talla en bipedestación, deberá estar comprendida entre 155 y 203 cm.

Apartado 11. Sobrepeso o peso insuficiente que dificulte el uso del equipo militar que pueda entorpecer la eficacia del vuelo, la ejecución de sus funciones o alterar la salud del examinado. El peso será proporcional a la talla presentando el examinado una constitución armónica.

Apartado 12. El IMC estará entre los 18 y 30 ambos inclusive. En los reconocimientos iniciales se exigirá un IMC máximo de 28, salvo que se evidenciara un amplio desarrollo muscular y no haya factores de riesgo asociados.

Apartado 13. Para actividades paracaidistas el peso máximo admitido será de 100 Kg o el proporcional según IMC siempre que éste sea compatible con la necesaria seguridad en el salto.

#### CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES GENERALES

Apartado 14. Cualquier hallazgo, alteración, lesión o enfermedad que bien por sí mismo, su evolución, secuelas o por el tratamiento y necesidad de control, dificulte significativamente correcto desempeño de las funciones encomendadas o supongan un riesgo.

Apartado 15. La utilización de cualquier tipo de medicación, droga de abuso o sustancia, o su detección analítica en cualquier muestra biológica, que pueda alterar la capacidad de reacción o suponer una merma para la correcta realización de las funciones que tenga asignadas.



Apartado 16. Enfermedades alérgicas e inmunitarias sintomáticas o no controladas con tratamientos médicos compatibles con la actividad aeronáutica.

Apartado 17. Antecedentes de lipotimias o cuadros sincopales de repetición.

Apartado 18. Enfermedades infecciosas y parasitarias, en el marco del apartado 14. Se exigirá la normalidad clínica y analítica.

Apartado 19. Cualquier manifestación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el marco del apartado 14. La seropositividad al VIH se valorará individualmente en función de la actividad aeronáutica.

Apartado 20. Paludismo. No descalifican sus antecedentes, si se cumplen las siguientes condiciones: correcto tratamiento verificado, intervalo libre de síntomas de seis meses sin tratamiento, examen hemático normal y ausencia de parásitos en sangre.

### CAPÍTULO 3. CARDIOLOGIA Y SISTEMA CIRCULATORIO

#### Norma General

Apartado 21. Presión arterial: se valorará según el siguiente cuadro.

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Tensión arterial		
Óptima	< 120	< 80
Normal	121 - 129	81 - 84
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión		
Grado 1	140 - 159	90 - 99
Grado 2	160 - 179	100 - 109
Grado 3	180 ó más	110 ó más

En la hipertensión arterial se valorará la repercusión orgánica y funcional, los factores de riesgo y la respuesta al tratamiento para cada Grupo y actividad de vuelo.

Ante posible hipotensión referirse al apartado de síncope (17)

Apartado 22. Afecciones congénitas ó adquiridas del corazón, mediastino y grandes vasos, incluso las corregidas quirúrgicamente, que alteren ó puedan alterar en su evolución la normalidad funcional del aparato circulatorio. Se excluyen determinadas anomalías congénitas como el ductus arterioso persistente, la comunicación interauricular ó la comunicación interventricular que hayan sido corregidas precozmente y no se demuestren secuelas.

Apartado 23. Arritmias supraventriculares, incluyendo la fibrilación y el flutter auricular, excluyendo los extrasístoles supraventriculares aislados sin enfermedad sistémica asociada y sin cardiopatía de base y la taquicardia sinusal no permanente y no asociada a alteración de la capacidad funcional. En todos los casos se puede reconsiderar la aptitud tras un periodo libre de arritmias cuando se haya excluido cardiopatía de base ó enfermedad sistémica asociada.

Apartado 24. Arritmias ventriculares excepto los extrasístoles ventriculares aislados. En algunos casos puede reconsiderarse la aptitud tras un periodo libre de arritmias sujeto a la demostración de ausencia de enfermedad sistémica ó cardiopatía de base asociada.

Apartado 25. Síndrome de Brugada y alteraciones de los canales iónicos ligadas a la posibilidad de arritmias ventriculares.

Apartado 26. Alteraciones de la conducción seno-auricular y aurículo-ventricular excluyendo el bloqueo A-V de primer grado y el bloqueo de segundo grado tipo Wenckebach en ausencia de cardiopatía de base.

Apartado 27. Alteraciones de la conducción intraventricular excepto el bloqueo incompleto de rama derecha y el hemibloqueo anterior. El bloqueo de rama derecha puede aceptarse en ausencia de cardiopatía de base.

Apartado 28. Síndromes de preexcitación, como el de Wolf-Parkinson-White y el de Long-Ganon-Levine sintomáticos.

Apartado 29. Insuficiencia cardiaca de cualquier etiología.

Apartado 30: Miocarditis, pericarditis y endocarditis, hasta comprobar su curación sin secuelas anatómicas ni funcionales.

Apartado 31. Valvulopatías, exceptuando la válvula aórtica bicúspide sin alteraciones funcionales ni de la raíz aórtica y el prolapso mitral sin insuficiencia mitral.

Apartado 32. Historia de cirugía cardíaca, coronaria o de grandes vasos.

Apartado 33. Cardiopatía isquémica.

Apartado 34. Miocardiopatías primarias o secundarias incluyendo las miocardiopatías hipertróficas obstructiva y no obstructiva.

Apartado 35. Marcapasos implantados por cualquier etiología.

Apartado 36. Tumoraciones cardíacas. No serán motivo de descalificación si una vez corregidas quirúrgicamente, no afectan a la hemodinámica ni presentan trastornos residuales ni otras complicaciones o presentan escasa significación clínica y pronóstica.

Apartado 37. Traumatismo cardíaco. No será motivo de descalificación si no afecta a la hemodinámica, ni presenta trastornos residuales ni otras complicaciones.

Apartado 38. Arterioesclerosis circunscrita o generalizada con sintomatología o asociada a factores de riesgo cardiovascular.

Apartado 39. Arteriopatías.

Apartado 40. Hipertensión arterial pulmonar.

Apartado 41. Tromboflebitis, si es recurrente o deja secuelas.

Apartado 42. Trasplante cardíaco.

Apartado 43. Insuficiencia venosa crónica con edemas y alteraciones significativas en la piel.

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

##### GRUPO I

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 44. Hipertensión arterial en hasta tres determinaciones sucesivas.

Apartado 45. Historia de cirugía cardíaca, coronaria o vascular.

Apartado 46. Situaciones de preexcitación.

Apartado 47. Bloqueo completo de la rama derecha.

Apartado 48. Todas las valvulopatías.

Apartado 49. Insuficiencia venosa crónica, si se asocia a varices, edemas, ulceraciones o trastornos tróficos de la piel.

##### GRUPO II

Se regirá por la Norma General, modificada por el siguiente apartado:

Apartado 50. Historia de cirugía cardíaca, coronaria o vascular.

Apartado 51. Todas las valvulopatías.

Apartado 52. Para los paracaidistas de apertura manual: hipertensión arterial en hasta tres determinaciones sucesivas.

##### GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO PERIODICO

##### GRUPO I y II

Se regirá por la Norma General, modificado en los siguientes apartados:

Apartado 53. Descalifica la hipertensión arterial, que produzca repercusión orgánica, se asocie a otros factores de riesgo o no se normalice con tratamiento dietético y/o farmacológico adecuado.

Apartado 54. Son compatibles con la aptitud las varices operadas sin trastornos tróficos ni funcionales y sin recidiva.

Apartado 55. Todas las valvulopatías. exceptuando la válvula aórtica bicúspide sin alteraciones funcionales ni de la raíz aórtica y el prolapso mitral sin insuficiencia mitral.

Apartado 56. Cardiopatía isquémica en cualquiera de sus formas clínicas.

En determinados casos, incluso tras técnicas de revascularización, podrá considerarse la recuperación satisfactoria, siempre que, utilizando todos los medios diagnósticos que se consideren precisos, se evidencie que la contractilidad global y segmentaria así como la perfusión miocárdica, son adecuadas, no existiendo repercusión funcional ni otra patología que sea excluyente. En caso de infarto de miocardio, debería transcurrir un año, desde la realización de técnicas de revascularización, para su valoración. Esta consideración no se aplicará a pilotos de caza, ni a personal que desarrolle funciones de vuelo monotripuladas.

Apartado 57. El bloqueo completo de rama izquierda, el bloqueo bifascicular y las situaciones de preexcitación son compatibles con la aptitud, siempre que utilizando todas las exploraciones oportunas no se detecte otra patología que sea excluyente.

#### GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General modificada por los siguientes apartados:

Apartado 58. Descalifica la hipertensión arterial, que produzca repercusión orgánica, se asocie a otros factores de riesgo o no se normalice con tratamiento dietético y/o farmacológico adecuado.

Apartado 59. La historia de cirugía cardiaca no descalifica, siempre que se compruebe una adecuada capacidad funcional. La cirugía vascular arterial o venosa no descalifica si no existen secuelas y la revascularización es adecuada.

Apartado 60. Cardiopatía isquémica en cualquiera de sus formas clínicas. En determinados casos, incluso tras técnicas de revascularización, podrá considerarse la recuperación satisfactoria siempre que utilizando todos los medios diagnósticos que se consideren precisos, se evidencie que la contractilidad global, segmentaria y la perfusión miocárdica, son adecuadas y no exista repercusión funcional ni otra patología que sea excluyente.

Apartado 61. El bloqueo completo de la rama izquierda y el bloqueo bifascicular no descalifican, siempre que, en un estudio completo, no se demuestren otras alteraciones. Las situaciones de preexcitación no descalifican si no existen taquicardias paroxísticas.

#### GRUPO IV

Se regirá por la Norma General

#### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

#### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los reconocimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

### CAPÍTULO 4. NEUMOLOGÍA: PULMÓN, PLEURA Y CAJA TORÁCICA

#### Norma General

Apartado 62. Alteraciones congénitas o adquiridas de pulmón, tráquea, bronquios, pleura, mediastino y pared torácica, corregidas o no quirúrgicamente. Se considerará la aptitud en función de la normalidad funcional respiratoria y la compatibilidad con las funciones encomendadas.

Apartado 63. Enfermedad tuberculosa pulmonar en fase de actividad. Estando en fase de inactividad, para la recuperación de la aptitud se requiere la ausencia de secuelas o la estabilidad con normalidad de la función respiratoria. Se valorará la medicación utilizada.

Apartado 64. Afecciones crónicas de la vía aérea, parénquima pulmonar, pleura, mediastino y pared torácica que implique disminución integral de la funcionalidad respiratoria. Se valorará la repercusión operativa.

Apartado 65. Enfermedad pleural en fase de actividad. Estando en fase de inactividad, para la recuperación de la aptitud se requiere la ausencia de secuelas o la estabilidad con normalidad de la función respiratoria. Se valorará la medicación utilizada.

Apartado 66. La historia de neumotórax espontáneo. Se valorará el caso de episodio único, asociado a causa conocida si se consigue la expansión pulmonar completa con función respiratoria normal como consecuencia de tratamiento por medios conservadores o tratamiento quirúrgico. En caso de más de un episodio se exigirá función pulmonar normal, tratamiento quirúrgico y un tiempo mínimo asintomático de un año.

Apartado 67. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema, si está comprometida la función pulmonar de tal manera que dificulte o menoscabe su actividad.

Apartado 68. Historia de asma. Se valorará la situación clínica, funcional y medicación necesaria para su adecuado control.

Apartado 69. Patología intersticial pulmonar. Se exigirá el diagnóstico histológico y la normalidad funcional.

Apartado 70. Quiste hidatídico. Una vez extirpado se exigirá que no queden secuelas funcionales.

Apartado 71. Infección aguda parenquimatosa de cualquier etiología, hasta su recuperación sin secuelas.

Apartado 72. Sarcoidosis pulmonar. Se valorará el estadio, tratamiento, funcionalidad respiratoria y pronóstico de la enfermedad.

Apartado 73. Tromboembolismo pulmonar. Se exigirá la supresión de la causa que lo provocó y ausencia de secuelas pleuropulmonares así como funcionalidad respiratoria normal.

Apartado 74. Cualquier tumoración maligna de la tráquea, bronquios, pulmones, pleura, mediastino o diafragma. Se podrá valorar la aptitud tras seguir el curso evolutivo del proceso a los tres años del diagnóstico. La historia de intervención por lesiones benignas no es motivo de descalificación siempre que la función respiratoria sea normal.

Apartado 75. Secuelas de intervenciones quirúrgica de la tráquea, mediastino, aparato musculoesquelético del torax, segmentectomía, lobectomía, si estuviera alterada la función pulmonar.

Apartado 76. Tumoraciones malignas y lesiones precancerosas de la mama o caja torácica. Se podrá valorar la aptitud tras seguir el curso evolutivo del proceso a los tres años del diagnóstico. Las lesiones benignas que por su tamaño o localización impidan o dificulten el uso del equipo militar.

Apartado 77. La patología del diafragma siempre que afecte a la función respiratoria.

Apartado 78. Síndrome de apnea del sueño. Se valorará la repercusión clínica y respuesta al tratamiento así como su compatibilidad con las actividades de vuelo.

## RECONOCIMIENTO INICIAL

### GRUPO I

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 79. La enfermedad tuberculosa pulmonar o pleural, hasta un año de inactividad después de concluida una terapéutica correcta.

Apartado 80. La historia de neumotórax espontáneo con varias recidivas o de episodio único en los últimos tres años. Se valorará el tratado quirúrgicamente, con diagnóstico por imagen satisfactorio.

Apartado 81. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presencia de bullas, blebs, quistes o enfisema.

Apartado 82. Toda imagen residual pleural será valorada y, en cualquier caso se exigirá integridad funcional respiratoria.

### GRUPO II

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 83. La enfermedad tuberculosa pulmonar o pleural, hasta un mínimo de nueve meses de inactividad y concluida una terapia correcta.

Apartado 84. La historia de neumotorax espontáneo con varias recidivas, o de episodio único en los últimos tres años. Se valorará el tratado quirúrgicamente, con diagnóstico por imagen satisfactorio.

#### GRUPO III

Se registrá por la Norma General.

#### GRUPO IV

Se registrá por la Norma General

### RECONOCIMIENTO PERIODICO

#### GRUPO I y II

Se registrán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 85. La enfermedad tuberculosa pulmonar o pleural.

Apartado 86. El tratamiento quirúrgico intratorácico, descalifica por un periodo de seis meses después de la operación, siempre que no queden secuelas y las pruebas funcionales sean normales. En cualquier caso se valorará la causa origen de dicho tratamiento quirúrgico.

#### GRUPO III

Se registrá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 87. Enfermedad tuberculosa pulmonar o pleural.

Apartado 88. La historia de neumotórax espontáneo. Se exigirá la normalidad de la función respiratoria.

Apartado 89. El tratamiento quirúrgico intratorácico, descalifica por un periodo de seis meses después de la operación. En cualquier caso se valorará la causa origen de dicho tratamiento quirúrgico.

#### GRUPO IV

Se registrá por la Norma General

### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrá por la norma de reconocimiento periódico, la periodicidad se valorará, en cada caso dependiendo de la patología encontrada.

### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos se especificarán en cada caso.

## CAPÍTULO 5. DERMATOLOGÍA

### Norma General

Apartado 90. Cualquier enfermedad de la piel o anejos que amenace o comprometa las funciones a desempeñar o impida el uso del equipo militar.

Apartado 91. Enfermedades infecciosas de la piel y sus anejos de origen bacteriano, micobacteriano, fúngico, vírico, parasitario, incluidas las enfermedades de transmisión sexual.

Apartado 92. Acné moderado-severo y sus formas graves (acné fulminans; acné conglobata, acné queiloideo, etc.) hasta su curación y sus secuelas si resultaran deformantes o impidieran la funcionalidad del paciente. Dermatosis afines (rosácea, rinofima, hidrosadenitis, alopecia decalvante, etc.) hasta su curación sin secuelas de importancia.

Apartado 93. Dermatosis por agentes físicos (radiaciones ionizantes, radiaciones ultravioletas, quemaduras...), químicos o mecánicos en fase aguda o sus secuelas (cicatrices

retractiles, deformantes, queloides, etc., que por su intensidad y localización determinen impotencia funcional, o tengan tendencia a ulcerarse).

Apartado 94. Dermatitis alérgicas y urticarias de curso crónico y recidivante.

Apartado 95. Dermatitis nutricionales, metabólicas y de depósito.

Apartado 96. Dermatitis atópica severa, eczemas de cualquier etiología y dermatosis profesionales, fotodermatitis.

Apartado 97. Dermatitis eritematoescamosas (psoriasis, parasoriasis...), inflamatorias (liquen ruber plano, liquen escleroso y atrófico, etc.), dermatitis reactivas (eritema polimorfo, etc.) y granulomatosas (granuloma anular diseminado, etc.).

Apartado 98. Genodermatitis.

Apartado 99. Paniculitis, enfermedades del tejido celular subcutáneo: eritema nodoso, eritema indurado...

Apartado 100. Dermatitis ampollosas de cualquier etiología de curso agudo, recidivante o crónico.

Apartado 101. Vasculitis cutáneas, enfermedades vasculares superficiales, púrpuras de cualquier etiología.

Apartado 102. Enfermedades inmunológicas del tejido conjuntivo (lupus cutáneo, dermatomiositis, esclerodermia, etc.).

Apartado 103. Alteraciones de la pigmentación cutánea (vitíligo, piebaldismo, albinismo...), que por su localización y extensión impidan la permanencia del paciente al aire libre.

Apartado 104. Enfermedades del pelo (alopecia areata múltiple, universal o total, foliculitis decalvante...) hasta su remisión.

Apartado 105. Quistes y tumores benignos de la piel y sus anejos que por su tamaño o localización impidan el desarrollo de las funciones militares, hasta su resolución sin secuelas de importancia.

Apartado 106. Lesiones precancerosas de la piel, tumores cutáneos malignos, síndromes paraneoplásicos hasta su curación sin secuelas aparentes ni previsibles a corto plazo.

Apartado 107 18: Hematodermias (leucemias con afectación cutánea, etc) procesos linfoproliferativos malignos de la piel (linfomas cutáneos, manifestaciones cutáneas de otros linfomas, etc.) y otras enfermedades malignas de la piel (histiocitosis...)

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

##### GRUPOS I, II, III y IV

Se registrarán por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO PERIODICO

##### GRUPOS I, II , III y IV

Se registrarán por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrará por la norma de reconocimiento periódico. La periodicidad se valorará y en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

#### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especifican en cada caso

### CAPÍTULO 6. APARATO BUCAL

#### Norma General

Apartado 108. El personal de vuelo presentará un estado oral que previsiblemente no requiera asistencia médica o resultará improbable que necesite tratamiento dental de emergencia en los doce meses siguientes, con el fin de poder asegurar el correcto desarrollo de su actividad profesional.



Apartado 109. Caries activas que afecten a la dentina. Las lesiones cuya valoración por técnicas de imagen demuestren afectación de la unión amelo-dentinal deberán ser adecuadamente tratadas antes de proceder a otorgar su aptitud.

Apartado 110. Lesiones pulpares con signos y síntomas de irreversibilidad. Las protecciones pulpares o los tratamientos endodónticos inadecuados que presenten evidencias clínicas y radiológicas de estabilidad no serán necesariamente causa de no aptitud.

Apartado 111. La enfermedad periodontal en fase aguda o no controlada.

Apartado 112. La movilidad dental que interfiera con la comunicación o con el equipo profesional específico.

Apartado 113. La maloclusión que comprometa la comunicación o la utilización del equipo específico

Apartado 114. La ausencia de piezas dentarias cuando interfiera de forma manifiesta con la comunicación o con la utilización del equipo profesional específico o el desarrollo de la función.

Apartado 115. Las prótesis dentales insuficientemente retenidas o estables que no permitan el desarrollo de los cometidos asignados o la utilización de los equipos específicos.

Apartado 116 . La presencia de restos radiculares o de dientes incluidos intraóseos o submucosos con evidencia clínica o radiológica de patología peridentaria.

Apartado 117. La existencia de dientes parcialmente erupcionados si presentan proceso infeccioso activo o historia de infección pericoronar de repetición.

Apartado 118. Alteraciones de los tejidos blandos bucales y los anejos que interfieran con la comunicación o con el uso de los equipos. Se incluyen las afecciones de piel y mucosas orales y periorales, glándulas salivales, lengua, suelo de la boca y paladar.

Apartado 119. La presencia de fistulas de cualquier origen o condición.

Apartado 120. La presencia de dolor y/o disfunción del aparato estomatognático con compromiso articular y/o muscular que se acompañen con alteración o pérdida de la función, o que comprometan la utilización del equipo profesional.

Apartado 121. Cualquier intervención odontológica que requiera anestesia local exigirá un intervalo de tiempo mínimo antes de retomar la actividad profesional de 24 horas.

Apartado 122. Cuando la asistencia facultativa implique exodoncia, biopsia u otras manipulaciones quirúrgicas en la cavidad oral se requerirá un intervalo mínimo de 48 horas antes de una nueva evaluación para retomar la actividad profesional.

#### GRUPO I, II y IV

Se regirá por la Norma General modificada por los siguientes apartados:

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

Apartado 123. El tratamiento ortodóntico activo debe suspenderse durante los periodos de entrenamiento de vuelo de los alumnos o candidatos. No se permitirá la utilización de dispositivos fijos o removibles que comprometan la comunicación o el uso del equipo específico.

Apartado 124. La presencia de dientes con protección pulpar directa.

Apartado 125. La presencia de restauraciones rotas, flojas, filtradas o temporales.

Apartado 126. La presencia de restos radiculares en comunicación con la cavidad oral.

#### RECONOCIMIENTO PERIÓDICO

Igual que el reconocimiento inicial.

#### GRUPO III

#### RECONOCIMIENTO INICIAL Y PERIÓDICO

Se regirá por la Norma General.

## CAPÍTULO 7. APARATO DIGESTIVO

## Norma General

Apartado 127. Toda alteración del aparato digestivo, congénita o adquirida, que pueda perjudicar al normal desarrollo de las actividades con responsabilidad de vuelo

Apartado 128. Disfagia permanente y/o progresiva.

Apartado 129. Hernia diafragmática sintomática. Atrofia o agenesia del diafragma, si se acompaña de sintomatología. Parálisis diafragmática con repercusión funcional.

Apartado 130. Cálculos recidivantes de cualquier glandula salivar o de sus conductos.

Apartado 131. Diverticulosis sintomáticas del esófago.

Apartado 132. Esofagitis y úlceras esofágicas.

Apartado 133. Tuberculosis en cualquiera de las porciones del tubo digestivo o sus anejos.

Apartado 134. Fístulas del tubo digestivo, biliares o pancreáticas.

Apartado 135. Enfermedad ulcerosa gastroduodenal activa.

Apartado 136. Historia de gastroenterostomía o resección gástrica.

Apartado 137. Cualquier cirugía del aparato digestivo que ocasione trastornos significativos.

Apartado 138. Enfermedades inflamatorias del intestino crónicas.

Apartado 139. Síndrome de malabsorción, maldigestión.

Apartado 140. Colelitiasis y colecistitis.

Apartado 141. Enfermedades del mesenterio y peritoneo.

Apartado 142. Colostomía. Enterostomía.

Apartado 143. Síndrome hemorroidal. Enfermedades anales y perianales con repercusión funcional.

Apartado 144. Hepatitis agudas y crónicas. Salvo la hepatitis A y B curadas sin secuelas.

Apartado 145. Cirrosis compensada o descompensada. Insuficiencia hepática.

Apartado 146. Metabolopatías hepatopancreáticas.

Apartado 147. Abscesos, quistes y tumoraciones benignos hepáticas que tengan carácter evolutivo o repercusión funcional significativa.

Apartado 148. Síndrome icterico, excepto el de Gilbert confirmado.

Apartado 149. Síndrome de hipertensión portal.

Apartado 150. Pancreatitis. Enfermedad fibroquística.

Apartado 151. Esplenectomía, siempre que no sea postraumática o por otra enfermedad que implique su extirpación, sin enfermedad propia del bazo, cuando el proceso tenga una remisión mínima de dos años. Valorar repercusión funcional e inmunológica.

Apartado 152. Tumoraciones del aparato digestivo.

Apartado 153. Hernias y eventraciones de la pared abdominal.

Apartado 154. Patología peritoneal y síndrome ascítico.

Apartado 155. Trasplantes digestivos

## RECONOCIMIENTO INICIAL

## GRUPOS I y II

Se registrarán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 156. Hernia diafragmática, atresia o agenesia del diafragma, en todos los casos.

Apartado 157. Diverticulosis, en todos los casos aunque no se acompañe de sintomatología

Apartado 158. Esplenectomía.

Apartado 159. Trasplantes digestivos.

## GRUPO II

Se registrará por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 160. Hernia diafragmática, atresia o agenesia del diafragma, en todos los casos.

Apartado 161. Diverticulosis, en todos los casos aunque no se acompañe de sintomatología.

## GRUPO III y IV

Se registrá por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO PERIODICO

## GRUPOS I, II , III y IV

Se registrarán por la Norma General modificada por los siguientes apartados

Apartado 162. Úlcera gastroduodenal, en fase aguda, o complicada por hemorragia, perforación, estenosis o malignización.

Apartado 163. Gastroenterotomía o resección gástrica si requieren medicación, alimentación o dieta especial e interfieren con el desarrollo de sus actividades profesionales.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso dependiendo de la patología encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

**CAPÍTULO 8. ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO****Norma General**

Apartado 164. Toda enfermedad metabólica de las glándulas endocrinas y alteraciones del estado nutricional que interfieran en el desempeño de las funciones encomendadas.

Apartado 165. Hiperfunciones adenohipofisarias:

- a. Acromegalia y gigantismo.
- b. Hiperprolactinemias patológicas.
- c. Enfermedad de Cushing.

Apartado 166. Hipofunciones adenohipofisarias.

Apartado 167. Diabetes insípida. Síndrome de secreción inadecuado de hormona antidiurética.

Apartado 168. Tumores hipotalámicos e hipofisarios.

Apartado 169. Hipertiroidismo, excepto los que, tratados médica o quirúrgicamente cursen con normofunción tiroidea sin tratamiento, durante un período superior a seis meses:

- a. Enfermedad de Graves Basedow.
- b. Adenoma tiroideo tóxico.
- c. Otras formas de hipertiroidismo.

Apartado 170. Hipotiroidismo sin tratamiento adecuado.

Apartado 171. Bocios difusos o nodulares con repercusiones anatómicas o funcionales que interfieran con la operatividad.

Apartado 172. Tumores de tiroides.

Apartado 173. Tiroiditis hasta su normalización.

Apartado 174. Hiperparatiroidismo.

Apartado 175. Hipoparatiroidismo no tratado satisfactoriamente

Apartado 176. Hiperfunciones de la corteza suprarrenal no controladas satisfactoriamente:

- a. Síndrome de Cushing.
- b. Hiperaldosteronismo.
- c. Hiperplasia adrenal congénita.

Apartado 177. Hipofunciones de la corteza suprarrenal no controladas satisfactoriamente:

- a. Insuficiencia córticosuprarrenal.
- b. Hipoaldosteronismo.

- Apartado 178. Enfermedades de la médula suprarrenal. Feocromocitomas.  
Apartado 179. Tumores suprarrenales.  
Apartado 180. Hipogonadismos primarios. Atrofia testicular bilateral.  
Apartado 181. Genitales externos ambiguos cuya repercusión anatómica o funcional limite la aptitud.  
Apartado 182. Ginecomastia uni o bilateral.  
Apartado 183. Diabetes mellitas:
- a. Diabetes mellitus insulín dependiente (Tipo 1)
  - b. Diabetes mellitus no insulín dependiente (Tipo 2) que para su control precise medicación que produzca hipoglucemia u otros síntomas que interfirieran con la operatividad.
- Apartado 184. Insulinomas. Glucagonomas. Otros tumores pancreáticos.  
Apartado 185. Hipoglucemias marcadas.  
Apartado 186. Alteraciones congénitas del metabolismo hidrocarbonado.  
Apartado 187. Hiperlipidemias significativas no controladas.  
Apartado 188. Hiperuricemias significativas no controladas.  
Apartado 189. Hipovitaminosis severas.  
Apartado 190. Hipervitaminosis con manifestaciones clínicas.  
Apartado 191. Transtornos de la conducta alimentaria con repercusión funcional.

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

##### GRUPO I

Se registrarán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

- Apartado 192. Hipertiroidismo aun tras normalización clínica y bioquímica con tratamiento adecuado.  
Apartado 193. Hipotiroidismo.  
Apartado 194. Tolerancia a la glucosa alterada en ayunas. Respuesta patológica de la curva de glucemia a la sobrecarga oral de glucosa.  
Apartado 195. Diabetes mellitus insulín dependiente (Tipo 1) y no insulín dependiente (Tipo 2).

##### GRUPO II

Se registrarán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

- Apartado 196. Hipertiroidismo aun tras normalización clínica y bioquímica con tratamiento adecuado.  
Apartado 197. Diabetes mellitus insulín dependiente (Tipo 1) y no insulín dependiente (Tipo 2).

##### GRUPO III y IV

Se registrará por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO PERIODICO

##### GRUPOS I y II

Se registrarán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

- Apartado 198. Pueden ser declarados aptos los reconocidos que padezcan cualquiera de las enfermedades mencionadas en la Norma General, si estas han sido tratadas adecuadamente, siempre que no ofrezcan por si mismas, ni por la medicación que precisan para su control, riesgo alguno para la seguridad de vuelo.  
Apartado 199. Podrán ser declarados aptos, los reconocidos con diabetes mellitus tipo 2, no insulín dependientes, controlada con tratamiento dietético o con fármacos que no generen hipoglucemia ni otros síntomas que comprometan la operatividad. Este apartado no se aplicará a pilotos de caza y ataque, que se registrarán por la Norma General.

## GRUPO III

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico para los Grupos I y II, modificada por los apartados siguientes:

Apartado 200. Los reconocidos con diabetes mellitus que precisan tratamiento con hipoglucemiantes orales o con insulina, pueden ser declarados aptos, siempre que se estime que ese tratamiento no ofrece riesgo para el desempeño de sus funciones.

## GRUPO IV

Se regirán por la Norma General, modificada por el siguiente apartado:

Apartado 201. Los reconocidos con diabetes mellitus que precisan tratamiento con hipoglucemiantes orales, pueden ser declarados aptos, siempre que se estime que ese tratamiento no ofrece riesgo para el desempeño de sus funciones.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones que se especifican en cada caso.

## CAPÍTULO 9. HEMATOLOGIA

## Norma General

Apartado 202. Enfermedades hematológicas que dificulten el desarrollo normal de las funciones encomendadas.

Apartado 203. Alteraciones cuantitativas de las tres series celulares hematológicas significativas.

Apartado 204. Síndrome mieloproliferativa crónica. Leucemias mieloides.

Apartado 205. Síndrome linfoproliferativo crónico. Leucemias linfoides.

Apartado 206. Linfomas. Mielomas.

Apartado 207. Alteraciones de la hemostasia y coagulación.

Apartado 208. Inmunodeficiencias.

Apartado 209. Hemoglobinopatías y enzimopatías. No se considerarán aquellas que por su pronóstico y evolución sean compatibles con la actividad aeronáutica.

Apartado 210. Alteraciones analíticas que puedan ser expresión de trastornos del sistema hematológico.

## RECONOCIMIENTO INICIAL

## GRUPOS I, II, III y IV

Se regirán por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO PERIODICO

Se regirá por la Norma General, modificada por el siguiente apartado:

Apartado 211. No serán motivo de descalificación las hemopatías e inmunodeficiencias que, una vez tratadas, cumplan los criterios de curación exigidos.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

**CAPÍTULO 10. APARATO GENITOURINARIO****Norma General**

Apartado 212. Enfermedades o alteraciones del aparato genitourinario, que alteren o puedan alterar, el normal desarrollo de las actividades profesionales encomendadas.

Apartado 213. Anomalías en número o desarrollo del riñón y vías excretoras que alteren la función urinaria. La ausencia de un riñón sin alteraciones en la función renal no será causa de descalificación.

Apartado 214. La presencia de lesiones quísticas renales. Las asintomáticas no serán causa de descalificación, siempre que no causen alteraciones en la función renal o fenómenos compresivos.

Apartado 215. Nefropatías médicas, en cualquier fase evolutiva, clínica y analíticamente comprobadas.

Apartado 216. Insuficiencia renal.

Apartado 217. Urolitiasis, según evolución clínica o pronóstica.

Apartado 218. Nefroptosis no corregida.

Apartado 219. Hidronefrosis.

Apartado 220. Anomalías de vías urinarias bajas, congénitas o adquiridas, que originen retención de orina, fístulas, reflujo vésico-ureteral, micción anómala o infección urinaria de repetición.

Apartado 221. Tumores malignos de riñón y vías urinarias o genitales. Descalifican los tumores benignos que presenten complicaciones.

Apartado 222. Tuberculosis nefrourogenital en actividad o cronicada.

Apartado 223. Enfermedades parasitarias nefrourogenitales en actividad, cronicadas o curadas con secuelas significativas.

Apartado 224. Cistitis o prostatitis.

Apartado 225. Incontinencia urinaria y otros trastornos funcionales de la vejiga.

Apartado 226. Hipertrofia de próstata, que provoque trastornos funcionales.

Apartado 227. Dismorfia de genitales externos, con trastornos de la micción.

Apartado 228. Varicocele esencial significativo. Hidrocele y hematocele.

Apartado 229. Orquitis o epididimitis.

Apartado 230. Criptorquidia. Pérdida, ausencia o atrofia de ambos testículos.

Apartado 231. Alteraciones analíticas en el examen elemental de orina y estudio del sedimento urinario.

Apartado 232. Trasplante renal.

**RECONOCIMIENTO INICIAL****GRUPOS I y II**

Se registrarán por la Norma General, modificada por los apartados siguientes:

Apartado 233. Urolitiasis. Historia de cálculos renales. Historia de cólicos renales.

Apartado 234. Ausencia de un riñón por nefrectomía o causa congénita.

Apartado 235. Ptosis renal, aun la corregida.

**GRUPO III Y IV**

Se registrará por Norma General.

**RECONOCIMIENTO PERIODICO****GRUPOS I, II, III y IV**

Se registrarán por la Norma General.

**RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO**

Se registrará por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.



## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

## CAPÍTULO 11. GINECOLOGIA

Apartado 236. Enfermedades del aparato genital femenino y mama, que alteren o puedan alterar el normal desarrollo de las actividades profesionales encomendadas.

Apartado 237. Tumores malignos y lesiones precancerosas de mama, ovarios, trompa, útero vagina y vulva. Descalificarán los tumores benignos, según su significación clínica y pronóstica.

Apartado 238. Disgenesias gonadales; valorar repercusión funcional.

Apartado 239. Displasias.

Apartado 240. Prolapso genital.

Apartado 241. Varicosidades vulvares o de genitales internos significativas.

Apartado 242. Fístulas.

Apartado 243. Trastornos funcionales que perturben el desarrollo normal de las actividades profesionales encomendadas.

Apartado 244. Genitales externos ambiguos cuya repercusión anatómica o funcional limite la aptitud.

Apartado 245. Ginecomastia uni o bilateral. Mastopatías, hipertrofia mamaria y prótesis mamaria, que se valorarán en función de su naturaleza y de la compatibilidad con el empleo del equipo reglamentario y las actividades relacionadas con el vuelo.

Apartado 246. Tumores malignos de mama.

Apartado 247. Embarazo, parto y postparto. En los procedimientos selectivos de ingreso se seguirá lo que disponga la normativa correspondiente.

## RECONOCIMIENTO INICIAL

## GRUPOS I, II, III y IV

Se registrarán por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO PERIODICO

## GRUPOS I, II y IV

Se registrarán por la Norma General, modificada por el siguiente apartado:

Apartado 248. El personal militar correspondiente a estos grupos, será causa de baja circunstancial, desde el diagnóstico de gestación hasta la recuperación de la interesada. En los procedimientos selectivos de ingreso se seguirá lo que disponga la normativa correspondiente.

## GRUPO III

Apartado 249. La gestación será causa de baja circunstancial a partir del quinto mes, o antes si su evolución lo exige, hasta la completa recuperación de la interesada. En los procedimientos selectivos de ingreso se seguirá lo que disponga la normativa correspondiente.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrará por la norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

## CAPÍTULO 12. APARATO VISUAL

## Norma General

Apartado 250. Cualquier anomalía congénita o adquirida del ojo o sus anejos, que amenace o comprometa la calidad de la visión, perjudique la función visual o pueda perturbar la función.

Apartado 251. Se exigirá integridad anatómica de ambos globos oculares.

Apartado 252. PATOLOGÍA PALPEBRAL: Cicatrices, deformaciones pronunciadas, ectropión, entropión, triquiasis, lagofthalmos, ptosis o cualquier otra anomalía de los anejos oculares, que produzcan, o puedan producir, deformidades manifiestas o importantes trastornos funcionales.

Apartado 253. ORBITA: Exoftalmos si interfiere en el cierre correcto de los párpados y otras patologías orbitarias que se valorarán en función de la causa y repercusión funcional y secuelas.

Apartado 254. VIAS LAGRIMALES: Vía lagrimal obstruida, con epifora pronunciada. Dacriocistitis de repetición uní o bilateral.

Apartado 255. CONJUNTIVA: Alteraciones cicatriciales. Pterigion, dependiendo de su magnitud y repercusión funcional. Conjuntivitis crónica. Tracoma. Xeroftalmia.

Apartado 256. CORNEA Y ESCLERA: Queratitis, hasta su curación sin secuelas. Leucomas corneales centrales o periféricos si producen alteraciones de la agudeza visual. Estafilomas de cornea y esclera, queratoconos, dependiendo de su magnitud repercusión visual y riesgo de perforación. Degeneraciones y distrofias corneales según su repercusión funcional. Transplantes de córnea.

Apartado 257. IRIS, CUERPO CILIAR Y VÍTREO: Inflammaciones del tracto uveal en fase aguda y secuelas definitivas de uveítis antiguas. Trastornos pupilares en función de su repercusión. Hemorragias, vitritis y organización fibrosa del vítreo en función de la repercusión funcional.

Apartado 258. CRISTALINO: Opacidades de cristalino, catarata unilateral o bilateral, presumiblemente progresivas o que puedan alterar la agudeza visual. Subluxación y luxación de cristalino. Afaquia. La recalificación tras intervenciones terapéuticas se valorará en el CIMA a partir de los tres meses.

Apartado 259. COROIDES: Coriorretinitis, cicatrices coroideas antiguas y colobomas en función de su repercusión funcional.

Apartado 260. RETINA: Degeneración pigmentaria de la retina. Hemeralopatía. Visión nocturna anormal. Degeneraciones retinianas, micro agujeros y desgarros. Desprendimiento de retina. Trombosis. Embolias. Vasculitis. Retinitis o cualquier otra alteración retiniana en función de su repercusión funcional. La recalificación tras intervenciones terapéuticas en retina se valorará en el CIMA a partir de los tres meses.

Apartado 261. NERVIÓ ÓPTICO: Neuritis, edema y atrofia óptica.

Apartado 262. TENSION OCULAR: Glaucoma e hipertensiones oculares en función de la causa y grado de repercusión sobre el campo visual. La recalificación tras intervenciones quirúrgicas se valorará en el CIMA a partir de los tres meses de la operación.

Apartado 263. VISION CROMÁTICA: En visión cromática deberá distinguir los colores puros utilizados en aeronáutica. Se considera la capacidad cromática de distinguir los colores puros utilizados en aeronáutica, cuando el interesado supere sin ningún error la visión de los colores puros en la linterna de Beyne o similares.

Apartado 264. CAMPO VISUAL: Escotomas o reducciones del campo visual, se valorarán dependiendo de su etiología y magnitud en relación a las funciones o destinos que se puedan encomendar

Apartado 265. AGUDEZA VISUAL INTERMEDIA y LEJANA: Con o sin corrección será superior a 0,7 en cada ojo por separado.

Apartado 266. AGUDEZA VISUAL PROXIMA: No se permitirá una agudeza visual próxima inferior a 0,5 en cualquier ojo con o sin corrección óptica adecuada.

Apartado 267. REFRACCIÓN: Máximos defectos de refracción permitidos:

- a. Hipermetropía: + 4 dioptrías
- b. Miopía: - 4 dioptrías
- c. Astigmatismo: +/- 3 dioptrías

d. La diferencia de error de refracción entre ambos ojos (anisometropía) no deberá exceder de 2 dioptrías

e. La elección de los sistemas de corrección óptica, gafas o lentes de contacto, se determinará con el objetivo de lograr la mayor eficacia visual en relación con las funciones y tipo de misiones que se puedan encomendar, que sean bien toleradas y en función del defecto óptico a corregir. Si se usan lentes de contacto serán monofocales para visión

lejana y no tintadas. Las gafas cuando se lleven durante el vuelo deberán ser compatibles con el resto de equipos utilizados por el tripulante y permitirle una correcta visión a todas las distancias. Además, el tripulante deberá tener disponible un par de gafas de repuesto de la misma corrección durante el desarrollo de su actividad aérea. No se permitirá la utilización de lentes de contacto ortoqueratológicas.

Apartado 268. MOTILIDAD OCULAR EXTRINSECA: Alteraciones de la motilidad ocular, parálisis y paresias en base a la repercusión funcional. Heterotropías. Nistagmus. Diplopía.

### RECONOCIMIENTO INICIAL

#### GRUPO I

Se registrá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 269. Glaucoma e hipertensiones oculares aún las tratadas médica o quirúrgicamente.

Apartado 270. Reducciones del campo visual. Escotoma central, sea cual sea su magnitud. Escotomas periféricos dependiendo de su repercusión funcional.

Apartado 271. Descalifica agudeza visual intermedia o lejana inferior de la unidad en cada ojo sin corrección.

Apartado 272. Descalifica agudeza visual próxima inferior a la unidad en cada ojo sin corrección.

Apartado 273. El estudio de refracción debe ser medido con autorrefractómetros, bajo cicloplegia cuando lo considere necesario el explorador. Descalifican:

- a. Hipermetropía superior a + 2 dioptrías.
- b. Miopías de cualquier grado.
- c. Astigmatismo superior a +/- 0,75 dioptrías.

d. Cualquier medida o modificación alejada de los parámetros normales de la morfología corneal.

e. Cualquier cirugía refractiva o método óptico tanto extraocular como intraocular que modifique la potencia dióptrica del ojo.

Apartado 274. Defectos que alteren la función visual binocular. Descalifican:

- a. Endoforia superior a 10 dioptrías prismáticas.
- b. Exoforia superior a 5 dioptrías prismáticas.
- c. Hiperforias superior a 1 dioptría prismática.

Apartado 275. Visión cromática normal. Se considera visión cromática normal, la capacidad de identificar correctamente, sin indecisión ni vacilación (menos de tres segundos por lámina) todas las láminas del test de Ishihara (versión 24 láminas) o la capacidad de superar el test de la linterna de Beyne, o similares, identificando sin error ni vacilación los colores puros y combinados (un segundo por color).

Apartado 276. Cristalino: pseudoafaquia con independencia de su agudeza visual.

#### GRUPO II

Se registrá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 277. Reducciones del campo visual: Escotoma central sea cual sea su magnitud. Escotomas periféricos dependiendo de su repercusión funcional.

Apartado 278. Descalifica agudeza visual inferior a la unidad con corrección en visión binocular y agudeza visual inferior a 0,7 con corrección en el ojo peor.

Apartado 279. El estudio de refracción debe ser medido con autorefractómetros, bajo cicloplegia cuando lo considere necesario el explorador. Descalifican:

- a. Hipermetropía superior a + 4 dioptrías.
- b. Miopía superior a - 3 dioptrías.
- c. Astigmatismo superior a +/- 3 dioptrías.

**GRUPO III**

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 280. Los controladores de tráfico aéreo deberán tener una visión cromática normal. Se considera visión cromática normal, la capacidad de identificar correctamente, sin indecisión ni vacilación (menos de tres segundos por lámina) todas las láminas del test de Ishihara (versión 24 láminas) o la capacidad de superar el test de la linterna de Beyne, o similares, identificando sin error ni vacilación los colores puros y combinados (un segundo por color).

**GRUPO IV**

Se regirá por la norma general

**RECONOCIMIENTO PERIODICO****GRUPO I**

Se regirá por la norma general, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 280. Alteraciones de la tensión intraocular que no se controlen bien con tratamiento o hayan producido secuelas. Los pilotos de aeronaves de altas prestaciones mantendrán tensiones oculares normales sin tratamiento.

Apartado 281. Reducción del campo visual. Escotoma central, sea cual sea su magnitud. Escotoma periférico dependiendo de su repercusión funcional.

Apartado 282. Agudeza visual inferior a 0,3 en el ojo peor sin corrección óptica. Agudeza visual inferior a 0,7 en el ojo peor con corrección óptica adecuada. Agudeza visual inferior a la unidad con corrección en visión binocular. Excepto pilotos de aeronaves de altas prestaciones a los que se les exigirá la unidad en agudeza visual en ambos ojos, con o sin corrección.

Apartado 283. Agudeza visual próxima normal. Se admitirá corrección con lentes.

Apartado 284. Defectos que alteren la función visual binocular. Excepto los pilotos de aviones de alta maniobrabilidad que tendrán que mantener, además, las exigencias siguientes:

- a. Endoforia no superior a 10 dioptrías.
- b. Exoforia no superior a 5 dioptrías.
- c. Hiperforia no superior a 1 dioptría.

Apartado 285. Con carácter general no se permitirá ninguna cirugía refractiva. Con carácter excepcional podrá ser autorizada por el CIMA que, solamente en aquellos casos en los que se considere como la mejor opción propondrá el método más indicado en función de las funciones o destinos que se pueda encomendar a ese tripulante. En todos los casos no supondrá disminución ni en la cantidad ni en la calidad de la visión y se establecerán las revisiones que se estimen oportunas.

**GRUPO II**

Se regirá por la norma general, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 286. Reducción del campo visual. Escotoma central, sea cual sea su magnitud. Escotoma periférico dependiendo de su repercusión funcional.

Apartado 287. Agudeza visual inferior a 0,3 sin corrección en el ojo peor. Agudeza visual inferior a 0,7 con corrección, en visión binocular.

**GRUPO III**

Se regirá por la norma general, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 288. Los controladores de tráfico aéreo deberán tener una visión cromática normal.

Apartado 289. Reducciones del campo visual. Escotoma central, sea cual sea su magnitud. Escotomas periféricos dependiendo de su repercusión funcional.

Apartado 290. En alteraciones de refracción se admitirán hasta - 6 dioptrías, siempre y cuando no se demuestre patología significativa.

#### GRUPO IV

Se regirá por la norma general

#### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la norma de reconocimiento periódico.

La periodicidad se valorará en cada caso dependiendo de la patología encontrada.

#### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requisitos y exploraciones se especificarán en cada caso.

### CAPÍTULO 13. OTORRINOLARINGOLOGÍA

#### Norma General

Apartado 291. Alteraciones congénitas a adquiridas de la pirámide y fosas nasales, boca, faringe, laringe y oído, que perturben la función respiratoria, fonatoria o auditiva.

Apartado 292. Insuficiencia nasal respiratoria unilateral, superior al 75 % valorado mediante rinomanometría a 150 Pa.

Apartado 293. Perforaciones del tabique nasal de cualquier origen que sea causa de epistaxis o perturben la función respiratoria o fonatoria.

Apartado 294. Sinusopatía.

Apartado 295. Lesiones labiales que conlleven la pérdida continua de saliva y trastornos del lenguaje.

Apartado 296. Pérdida parcial de la lengua con trastornos fonatorios.

Apartado 297. Ulceraciones, perforaciones y deformaciones del paladar duro o parálisis del paladar blando, que limiten la fonación o deglución.

Apartado 298. Hemorragias nasofaríngeas que puedan interferir el normal desarrollo de las actividades.

Apartado 299. Hipertrofias amigdalares y velopalatinas que dificulten la deglución o el lenguaje, a con signos manifiestos de infección.

Apartado 300. Afonía, disfonía y defectos de emisión del lenguaje que sean incompatibles con los equipos militares de comunicación.

Apartado 301. Insuficiencias respiratorias de origen laríngeo o traqueal.

Apartado 302. Traqueotomía, hasta que hayan transcurrido tres meses después de cerrada sin secuelas.

Apartado 303. Procesos inflamatorios o infecciosos del oído hasta su curación sin secuelas que tengan repercusión funcional.

Apartado 304. Inestabilidad vestibular.

Apartado 305. Tumores benignos o malignos de oídos, fosas nasales, senos paranasales, boca, faringe y laringe.

Apartado 306. Hipoacusia de cualquier etiología. El examen funcional auditivo será realizado según norma internacional (ANSI-ISO). En cualquier oído descalifica una pérdida superior a 30 dB en las frecuencias de 512, 1024 y 2048 Hz, y de 50 dB en la de 4096 Hz o pérdida de 25% (según Tabla de Porcentajes de Pérdida Auditiva (Tabla 1)). Ante hipoacusias descalificantes, podría reconsiderarse la aptitud si en las pruebas de discriminación verbal se demostrase una habilidad auditiva satisfactoria.

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

#### GRUPO I

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 307. Atrofia o asimetría facial pronunciadas incompatibles con el uso del equipo militar de vuelo o que lo dificulten gravemente.

Apartado 308. Alteraciones congénitas o adquiridas de la pirámide y fosas nasales, labiales, orales y del pabellón auricular, que dificulten el uso del equipo militar.

Apartado 309. Insuficiencia nasal respiratoria unilateral superior al 50% valorado mediante rinomanometría a 150 Pa.

Apartado 310. Perforaciones del tabique nasal de cualquier origen que sean causa de epistaxis o perturben la función respiratoria o fonatoria.

Apartado 311. Obstrucción nasal, epi, oro y/o faringolaríngea, mientras no se verifique su tratamiento y la recuperación sea completa.

Apartado 312. Anosmia o parosmia nasal.

Apartado 313. Parálisis en una cuerda vocal, de cualquier etiología.

Apartado 314. Demopatías y procesos infecciosos del oído externo.

Apartado 315. Perforación de la membrana timpánica.

Apartado 316. Historia de cinetosis y/o acúfenos. Labilidad vestibular objetivable.

Apartado 317. Historia de intervenciones en el oído, excepto la colocación de drenajes temporales y miringoplastia sin secuelas funcionales.

Apartado 318. Hipoacusia de cualquier etiología. En las frecuencias de 512, 1024 y 2048 Hz, excluyen las pérdidas superiores a 15 dB en un solo oído. En la frecuencia de 4096 Hz, excluyen las pérdidas superiores a 20 dB en un solo oído, o superior a 10 en ambos oídos, o pérdida unilateral de 3% (según Tabla de Porcentajes de Pérdida Auditiva, Tabla 1).

Cuando el examen médico se realice con motivo de acceso a cursos de capacitación para personal activo y de la misma especialidad que ya desarrollan, se aplicará el apartado 322 para la valoración de su audición

#### GRUPO II

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Inicial del Grupo I, modificada por el siguiente apartado:

Apartado 318. Hipoacusia de cualquier etiología. En las frecuencias de 512, 1024 y 2048 Hz, excluyen las pérdidas superiores a 20 dB en un solo oído, o superiores a 15 dB en ambas oídos. En la frecuencia de 4096 Hz excluyen las pérdidas superiores a 20 dB en un solo oído, o superior a 10 en ambas oídos o pérdida unilateral de 7% (según Tabla de Porcentajes de Pérdida Auditiva, Tabla 1).

#### GRUPO III

Se regirá por la Norma General modificada por el siguiente apartado:

Apartado 319. En la frecuencia 512, 1024 y 2049 Hz, excluyen las pérdidas superiores a 25 dB en un solo oído o superiores a 20 dB en ambos oídos. En la frecuencia de 4096 Hz o en la de 3.000 Hz, excluyen las pérdidas superiores a 20 dB en ambos oídos, o pérdida unilateral de 12% (según Tabla de Porcentajes de Pérdida Auditiva, Tabla 1).

#### GRUPO IV

Se regirá por la Norma General

#### RECONOCIMIENTO PERIODICO

#### GRUPOS I Y II

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 320. Perforaciones timpánicas que puedan entorpecer las actividades del vuelo.

Apartado 321. Intervenciones realizadas en el oído que conlleven, o puedan ocasionar, deterioro en las funciones coclear, vestibular o facial, comprometiendo la actividad aeronáutica.



Apartado 322. Hipoacusia. Se registrará por la Norma General, excepto en la frecuencia de 4048 Hz en la que se aplicará la siguiente corrección:

Años	dB a deducir
23	0
30	3
35	7
40	11
45	15
50	20
55	26
60	32

#### GRUPO III y IV

Se registrará por la Norma General y el apartado 322.

#### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrará por la Norma General de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

#### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

### CAPÍTULO 14. APARATO LOCOMOTOR

#### Norma General

Apartado 323. Deformaciones, enfermedades o procesos congénitos o adquiridos del aparato locomotor, que alteren o puedan alterar el normal desarrollo de las funciones encomendadas.

Apartado 324. Enfermedades óseas metabólicas activas a progresivas.

Apartado 325. Fracturas mal consolidadas o callos viciosos que dificulten o limiten el movimiento normal del sistema osteoarticular. Se admitirá, como referencia, hasta un 20% de limitación (Tabla 2).

Apartado 326. Infecciones óseas agudas y crónicas activas, o curadas con secuelas significativas.

Apartado 327. Tumores malignos del aparato locomotor. Tumores benignos, hasta su corrección quirúrgica sin secuelas si lo precisaran.

Apartado 328. Necrosis óseas avasculares en evolución, o en función de sus secuelas.

Apartado 329. Enfermedades articulares de carácter progresivo o degenerativo.

Apartado 330. Artritis. Artritis y periartrosis postraumáticas que produzcan limitaciones de la movilidad articular, como referencia, superiores a un 20%, (Tabla 2).

Apartado 331. Cuerpos libres intraarticulares, hasta su corrección quirúrgica sin secuelas si lo precisaran.

Apartado 332. Rigideces o anquilosis. Se admitirá hasta un 20% de limitación, como referencia, (Tabla 2).

Apartado 333. Luxaciones o subluxaciones recidivantes o inveteradas de cadera hasta su corrección quirúrgica sin secuelas. Se valorarán los posibles secuelas de la luxación congénita de cadera.

Apartado 334. Inestabilidad articular que produzca limitaciones en el desarrollo de las actividades encomendadas.

Apartado 335. Roturas, hernias, retracciones o pérdida de masa muscular que comprometan la función.

Apartado 336. Tendinitis, tenosinovitis y roturas tendinosas con repercusión funcional, hasta su curación.

Apartado 337. Ausencia o pérdida de mas de un tercio de la falange distal de cualquier pulgar o del segundo dedo de la mano.

Apartado 338. Pérdida de un dedo de la mano a parte del mismo, excepto la falta de una falange en uno solo de los dedos tercero, cuarto o quinto.

Apartado 339. Malformaciones congénitas de la mano, hasta su corrección quirúrgica sin secuelas.

Apartado 340. Cicatrices o deformidades de la mano que sean sintomáticas o produzcan limitación de la función.

Apartado 341. Pérdida de la falange distal del primer dedo del pié. Pérdida de un dedo y su metatarsiano. Pérdida de dos dedos del mismo pie.

Apartado 342. Alteraciones congénitas y lesiones adquiridas de la estructura anatómofuncional del pie, que originen un pie doloroso, ocasionen intolerancia para el uso habitual del calzado reglamentario o produzcan trastornos funcionales que incapaciten para la marcha prolongada o el ejercicio físico.

Apartado 343. Lesiones internas de la rodilla, meniscales, cartilaginosas, hasta su corrección sin secuelas.

Apartado 344. Dismetria de miembros inferiores de dos o mas centímetros.

Apartado 345. Deformidad o alteraciones en los ejes de la cadera, rodillas y tobillo que produzcan alteraciones importantes de la función.

Apartado 346. Tortícolis espástica o congénita que interfiera con la actividad normal del cuello.

Apartado 347. Síndrome del estrecho torácico superior que produzca déficit neurológico o circulatorio objetivable.

Apartado 348. Cifosis superior a 45 grados (cifra de referencia). Cifosis juvenil con alteraciones radiológicas.

Apartado 349. Fracturas vertebrales de uno a más cuerpos con acuñaamiento superior al 25%, o que produzcan una cifosis superior a 45° o una escoliosis superior a 15° (cifras de referencia).

Apartado 350. Luxaciones vertebrales con secuelas neurológicas a radiológicas.

Apartado 351. Anomalías de la transición lumbosacra con alteraciones radiológicas y trastornos estáticos.

Apartado 352. Escoliosis superior a 15 grados.

Apartado 353. Espondilolisis y espondilolistesis.

## RECONOCIMIENTO INICIAL

### GRUPO I

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 354. Artritis y periartritis postraumática, que produzcan cualquier limitación de la actividad articular.

Apartado 355. Se exigirá integridad anatómica y funcional de ambas manos.

Apartado 356. Rigideces o anquilosis de cualquier articulación que limite la actividad a realizar.

Apartado 357. Fracturas mal consolidadas o callos viciosos que dificulten la función normal del aparato locomotor.

Apartado 358. Escoliosis de cualquier grado.

### GRUPO II

Se regirá por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

Apartado 359. Artritis y periartritis postraumática que produzcan limitación de la movilidad articular. Se admitirá hasta un 15% de limitación, (Tabla 2).

Apartado 360. Rigideces o anquilosis de cualquier articulación que limite la función a desarrollar.

Apartado 361. Fracturas mal consolidadas o callos viciosos que dificulten o limiten el movimiento normal del sistema osteoarticular. Se admitirá hasta un 15% de limitación, (Tabla 2).

## GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO PERIODICO

## GRUPOS I y II

Se regirá por la Norma General modificada por los apartados:

Apartado 362. Artritis y periartritis postraumáticas que produzcan limitación de mas del 15% de la movilidad articular, excepto en pilotos de caza en las que la limitación no será superior al 10%.

Apartado 363. Rigideces y anquilosis que produzcan una limitación de la movilidad articular superior al 15% excepto en pilotos de caza en los que la limitación máxima permitida será del 10%.

Apartado 364. Fracturas mal consolidadas o callos viciosos que provoquen una limitación de la movilidad articular superior al 15%, excepto pilotos de caza en las que la limitación máxima permitida será del 10% (cifras de referencia), (Tabla 2).

## GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

## CAPÍTULO 15. NEUROLOGÍA

## Norma General

Apartado 365. Todas las enfermedades del sistema nervioso central, periférico y/o muscular, que alteran a puedan alterar el normal desarrollo de las funciones encomendadas.

Apartado 366. Anomalías del desarrollo cráneoorraquis y su contenido: hidrocefalias, meningocefalias, meningocele, siringomielia, espina bífida y otros procesos afines. Se considerará el grado de afectación y la presencia de manifestaciones neurológicas.

Apartado 367. Traumatismos craneoencefálicos o raqui-medulares. Se considerará la posible aptitud, especialmente en aquellos casos que se acompañan de pérdida de conciencia o amnesia, en función de la sintomatología, de su duración y de las posibles secuelas.

Apartado 368. Tumores cerebrosplinales hasta su curación sin secuelas.

Apartado 369. La historia de craneotomía exigirá la normalidad funcional.

Apartado 370. Enfermedades infecciosas del sistema nervioso central y sus cubiertas, así como sus secuelas.

Apartado 371. Enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple y sus afines).

Apartado 372. Enfermedades que cursen con alteración de las vías motoras voluntarias y enfermedades que cursen con movimientos anormales.

Apartado 373. Enfermedades metabólicas del sistema nervioso.

Apartado 374. Epilepsia. Crisis de actividad comicial.

Apartado 375. Otras crisis con o sin pérdida de conciencia de etiología indefinida: se exigirá la normalidad funcional tras un periodo de observación a valorar en cada caso.

Apartado 376. Amnesia: se exigirá un periodo asintomático de dos meses y la normalidad funcional.

Apartado 377. Deterioro cognitivo de cualquier etiología.

Apartado 378. Enfermedades cerebrovasculares.

- Apartado 379. Enfermedades cerebelosas.
- Apartado 380. Cefaleas y algias craneofaciales.
- Apartado 381. Ataxias y síndromes vertiginosos de origen central.
- Apartado 382. Otros síndromes medulares de cualquier etiología.
- Apartado 383. Hernia discal. Se considerará la posible aptitud tras cirugía de columna dorsolumbar si los resultados son satisfactorios y después de un periodo de rehabilitación mínimo de cuatro meses. La cirugía de columna cervical será causa de descalificación. Se valorará la ausencia de clínica y repercusión radicular en el personal correspondiente a los Grupos II y III.
- Apartado 384. Enfermedades amiotróficas de la motoneurona espinal.
- Apartado 385. Neuropatías y radiculopatías periféricas. Neuralgias de cualquier intensidad que cursen con incapacidad.
- Apartado 386. Enfermedades musculares y de la placa neuromuscular.
- Apartado 387. Trastornos del habla y del lenguaje que dificulte la inteligibilidad de la expresión oral.
- Apartado 388. Trastorno por tics o estereotipias motoras que por su intensidad sean incompatibles con las actividades con responsabilidad de vuelo.
- Apartado 389. Trastornos específicos del sueño que por su intensidad o duración repercutan en las actividades con responsabilidad en vuelo.

#### RECONOCIMIENTO INICIAL

##### GRUPOS I y II

Se regirán por la Norma General, modificada por los siguientes apartados:

- Apartado 390. Historia de traumatismo craneo-encefálico abierto o craneotomía quirúrgica. La historia de traumatismo craneo-encefálico cerrado, exigirá un periodo de normalidad de hasta un año a valorar en cada caso. Se valorará la aceptación para aeronaves politripuladas y deberán pasar tres años asintomático antes de retornar a funciones de piloto en aeronaves de caza y ataque.
- Apartado 391. Cuerpos extraños intracraneales o en columna vertebral.
- Apartado 392. Cefaleas postraumáticas. Se exigirá un periodo asintomático de 3 meses.

##### GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO PERIODICO

##### GRUPOS I y II

Se regirán por la Norma General, modificada por el siguiente apartado:

- Apartado 393. La historia de craneotomía exigirá la normalidad funcional durante un periodo mínimo de un año. La historia de un traumatismo craneoencefálico cerrado, exigirá un periodo mínimo de seis meses asintomático y la normalidad de neuroimagen.

##### GRUPO III y IV

Se regirá por la Norma General.

#### RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se regirá por la Norma de Reconocimiento Periódico. La periodicidad se valorará, en cada caso, dependiendo de la patología encontrada.

#### RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso

**CAPÍTULO 16. PSIQUIATRÍA****Norma General**

Apartado 394. Esquizofrenias, trastornos esquizotípicos y esquizoafectivos. Otros trastornos psicóticos de cualquier tipo y etiología, incluso en situación clínica asintomática o de remisión.

Apartado 395. Trastornos de ansiedad. Trastornos de ansiedad fóbica. Fobia al vuelo. Trastornos adaptativos de tipo ansioso o mixto. Trastornos somatomorfos. Otros trastornos de ansiedad incompatibles con las responsabilidades de vuelo.

Apartado 396. Trastornos y variaciones anómalas de la personalidad incompatibles con las responsabilidades de vuelo.

Apartado 397. Trastornos del humor (afectivos). Trastornos bipolares. Trastornos depresivos recurrentes o persistentes. Otros trastornos del humor.

Apartado 398. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia que continúen en la edad adulta incompatibles con las responsabilidades de vuelo.

Apartado 399. Trastornos de la conducta alimentaria.

Apartado 400. Trastornos disociativos.

Apartado 401. Consumo de sustancias psicótropas que puedan interferir con las responsabilidades de vuelo.

Apartado 402. Consumo perjudicial o dependencia del alcohol o de sustancias psicótropas. Trastornos mentales inducidos por el alcohol o psicótropos.

Apartado 403. Trastornos mentales orgánicos. Demencias y otros trastornos mentales orgánicos con deterioro psíquico, incluidos los sintomáticos a afecciones somáticas generales.

Apartado 404. Cualquier otra alteración psíquica que afecte al individuo, comprometiéndolo la correcta realización de sus actividades profesionales relacionadas con el vuelo.

**RECONOCIMIENTO INICIAL****GRUPOS I, II, III y IV**

Se registrarán por la Norma General.

**RECONOCIMIENTO PERIODICO****GRUPOS I, II, III y IV**

Se registrarán por la Norma General.

**RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO**

Se registrará por la Norma General. La periodicidad se valorará en cada caso, dependiendo de las alteraciones encontradas.

**RECONOCIMIENTO ESPECIAL**

Los requerimientos y exploraciones se especificarán en cada caso.

**CAPÍTULO 17. PSICOLOGÍA****Norma General**

Apartado 405. Déficit significativo en la capacidad intelectual general.

Apartado 406. Déficit significativo en las aptitudes específicas cognitivo-motrices requeridas en la actividad de vuelo.

Apartado 407. Déficit significativo en los factores específicos de personalidad implicados en el seguro y eficiente desempeño de las actividades de vuelo.

Apartado 408. Cualquier otro déficit que limite el seguro y eficiente desempeño de su cometido profesional aeronáutico.

## RECONOCIMIENTO INICIAL

Se registrá por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO PERIÓDICO

Se registrá por la Norma General.

## RECONOCIMIENTO EXTRAORDINARIO

Se registrá por la Norma General. La periodicidad se valorará en cada caso, dependiendo de la deficiencia encontrada.

## RECONOCIMIENTO ESPECIAL

Los requerimientos y exploraciones se especificaran en cada caso.

NOTA: La evaluación psicológica aquí contemplada se considerará como parte o complemento de la evaluación médico-aeronáutica, psiquiátrica o neurológica, como consecuencia de la solicitud de dicho examen por los especialistas señalados. Se valorará especialmente en aquellos casos en los que existan antecedentes de incidentes o accidentes aéreos, evidencia de limitaciones en la aptitud durante los procesos de formación o entrenamiento o cualquier otra circunstancia que haga pensar en una amenaza para la seguridad de vuelo. Los resultados del examen psicológico siempre se considerarán en el contexto médico-aeronáutico definido por el especialista en Medicina Aeroespacial.

TABLA 1

TABLA DE PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE AGUDEZA AUDITIVA

dB	Hz			
	512	1024	2048	4096
	0,2	0,3	0,4	0,1
15	0,5	0,9	1,3	0,3
20	1,1	2,1	2,9	0,9
25	1,8	3,6	4,9	1,7
30	2,6	5,4	7,3	2,7
35	3,7	7,7	9,8	3,8
40	4,9	10,2	12,9	5
45	6,3	13	17,3	6,4
50	7,9	15,7	22,4	8
55	9,5	19	25,7	9,7
60	11,3	21,5	28	11,2
65	12,8	23,5	30,2	12,5
70	13,8	25,5	32,2	13,5
75	14,6	27,2	34	14,2
80	14,8	28,8	35,8	14,6
85	14,9	29,8	37,5	14,8
90	15	29,9	39,2	14,9
95		30	40	15



TABLA 2

## TABLA DE PORCENTAJE DE LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD ARTICULAR

Cuello:	Media normal	10%	15%	20%
	Extensión 130°	117°	110°	105°
	Flexión lateral 45°	40°	38°	36°
	Rotación total 80°	72°	68°	64°
Codo:	Flexión 145°	130°	123°	116°
	Extensión 0°	2°	4°	5°
	Supinación 85°	67°	63°	60°
	Pronación 70°	63°	59°	59°
Hombro:	Abducción 170°	153°	144°	136°
	Flexión anterior 160°	144°	136°	128°
	Flexión posterior 150°	135°	127°	120°
	Horizontal 135°	121°	114°	105°
	Rotación ext. 70°	63°	60°	56°
	Rotación int. 70°	63°	60°	56°
Muñeca:	Dorsiflexión 70°	63°	60°	56°
	Flexión palmar 73°	67°	63°	60°
	Desviación radial 20°	18°	117°	16°
	Desviación cubital 35°	32°	30°	28°
Columna dorsolumbar:	Flexión torácica 46°	40°	38°	36°
	Flexión lumbar 60°	54°	51°	48°
	Extensión total 30°	27°	25°	24°
	Lateral 30°	27°	25°	24°
	Rotación 40°	36°	34°	32°
Cadera:	Extensión 30°	27°	25°	24°
	Flexión 110°	99°	93°	88°
	Abducción 50°	45°	41°	40°
	Abducción 30°	27°	25°	24°
	Rotaciones 45°	40°	38°	36°
Rodilla:	Flexión 135°	121°	114°	108°
	Hiperextensión 5°	52°	42°	--
	Extensión 2°	2°	1°	2°
Tobillo:	Flexión	45°	42°	42°
	Flexión dorsal 20°	18°	17°	16°
Pie:	Inversión 40°	36°	34°	32°
	Eversión 20°	18°	17°	16°