

Ortesis, férulas y soportes

Una férula bien ajustada da reposo y protege la muñeca o la mano, aliviando la tensión sobre los tendones y las articulaciones irritados.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Qué es?

Una ortesis, una férula o un soporte es un dispositivo que mantiene quieta una parte de su cuerpo o guía cómo se mueve. Las férulas suelen ser rígidas y mantienen una articulación en una sola posición. Las ortesis y los soportes a menudo permiten cierto movimiento mientras protegen la zona. Se utilizan para problemas de la mano, la muñeca, el codo y el hombro, y a veces para lesiones de la rodilla como una rotura del LCA, en la que un programa con ortesis es una opción en lugar de la cirugía [1].

Las férulas funcionan manteniendo las articulaciones y los tejidos blandos en una posición estable. Las férulas de yeso lo hacen de forma suave y precisa, lo que ayuda a ir remodelando el tejido rígido con el tiempo [2]. En la fase inicial de una lesión, una ortesis puede sostener los tejidos inflamados sin impedir todo el movimiento, lo que favorece la curación [3]. Algunas férulas son dinámicas, es decir, unos muelles o unas gomas tiran de una articulación hacia un movimiento que usted está trabajando. Otras son estáticas y simplemente la mantienen quieta. Cada diseño tiene sus ventajas y sus inconvenientes [4].

Es posible que le ofrezcan una férula después de una lesión, después de una cirugía, o por rigidez y problemas nerviosos. En algunas afecciones, como los problemas de la mano y de la extremidad superior, el uso de férulas se acepta como práctica habitual en la rehabilitación [5]. Una férula puede llevarse durante el día, por la noche o en ambos momentos. Algunos diseños son sencillos y casi no necesitan mantenimiento [6]. Muchas pueden fabricarse con materiales de bajo coste [7].

Las férulas no siempre son la solución. En un estudio sobre fracturas de la mano, menos personas mantuvieron el tratamiento con una ortesis que con un yeso, y más personas del grupo de la ortesis tuvieron complicaciones [8]. Su médico valorará si una férula, un yeso o la cirugía es lo más adecuado para su lesión.

¿Funciona?

La respuesta sincera es que depende de para qué se utilice la férula. En algunas afecciones hay pruebas sólidas. En otras, todavía hay muy poca investigación de calidad, y su médico se basará en la experiencia y en la práctica habitual.

Algunos resultados son claros. Las personas con artrosis en la base del pulgar que se sintieron mejor con una férula al principio tuvieron una mejoría de entre el 54 % y el 61 % en sus síntomas seis meses después [9]. En las fracturas de los huesos de la mano, una ortesis funcional que permite cierto movimiento mantuvo los huesos más rectos que una férula convencional [10]. Las personas con un tendón roto en el dorso del dedo que usaron un tipo de férula dinámica evolucionaron mejor que las tratadas con otros métodos [11]. Y las personas con una lesión de un tendón en el dorso de la mano volvieron a sus actividades completas ocho semanas antes con una férula que permite el movimiento que con una que lo mantenía quieto [12].

Otros resultados son más dispares. Las férulas para el dedo en gatillo pueden funcionar, y son adecuadas para personas que prefieren no recibir una inyección de cortisona [13]. Pero un estudio sobre ejercicios de los dedos con una férula no pudo demostrar que fueran mejores que otros tratamientos no quirúrgicos [14]. En la contractura de Dupuytren, las férulas y las pautas de uso varían tanto de una clínica a otra que es difícil saber qué funciona mejor [15]. Tampoco se sabe si llevar una férula durante meses después de la cirugía de Dupuytren mantiene el dedo más recto a largo plazo [16, 17].

Hay lagunas reales. En algunas reparaciones de tendones no hay ensayos de calidad que comparen los métodos de ferulización, así que el mejor enfoque no está definido [18]. Algunas férulas también pueden fallar. En un estudio, unas pocas personas con una fractura grave de una articulación del dedo necesitaron cirugía porque su férula no mantuvo la articulación en su sitio [19].

Su médico le explicará lo que dicen las pruebas sobre su afección concreta, y lo que no dicen.

¿Cuáles son los riesgos?

La mayoría de los problemas con las ortesis y las férulas son locales, es decir, afectan a la piel y a los tejidos que quedan debajo del dispositivo. Una férula que roza o aprieta demasiado puede causar molestias, y algunos diseños son sencillamente más cómodos que otros. Se observó que un nuevo tipo de férula para el dedo era mucho más cómodo que un yeso, aunque a las personas que lo llevaban les seguía resultando molesto [20]. Si una férula le resulta incómoda, dígaselo a su fisioterapeuta o a su médico, porque pequeños cambios en el ajuste suelen ayudar.

Las férulas también pueden no cumplir su función. En un estudio, tres personas con una fractura grave de una articulación del dedo acabaron necesitando cirugía porque su férula no mantuvo los huesos rotos en su sitio, y sus resultados fueron peores por ello [19]. Por eso se le pedirá que vuelva a las revisiones, para que el equipo pueda confirmar que la férula sigue manteniendo todo donde debe estar.

Mantener el plan también es importante. En un estudio sobre fracturas de la mano, solo el 41 % de las personas a las que se les dio una ortesis completaron el tratamiento, frente al 81 % de las que llevaban un yeso, y las

complicaciones explicaron el 60 % de los abandonos en el grupo de la ortesis [8]. Los niños pueden quitarse las férulas, y una clínica observó que un diseño modificado de férula para el pulgar ayudaba a evitarlo [21].

También hay lagunas reconocidas en lo que se sabe. En algunas reparaciones de tendones no hay ensayos de calidad que comparen los métodos de férulización, así que los riesgos de cada enfoque no están del todo definidos [18]. En la contractura de Dupuytren, no se sabe si llevar una férula durante meses después de la cirugía mantiene el dedo más recto, ni si provoca alguna pérdida de la capacidad de doblarlo [16, 17]. Su médico le explicará cuáles de estos riesgos se aplican a su lesión y qué señales de alarma debe vigilar.

¿Es adecuado para usted?

Una férula o una ortesis puede ser adecuada para usted si su problema es de los que responden a un soporte estable en lugar de a una operación. Eso incluye algunas lesiones de la mano y la muñeca, la rigidez de una articulación de un dedo, la artrosis en la base del pulgar y algunos problemas nerviosos. El uso de férulas se acepta como práctica habitual en muchas afecciones de la mano y de la extremidad superior [5]. Algunas personas también eligen una férula para retrasar o evitar la cirugía. En la artrosis del pulgar, una férula pequeña que sujeta el pulgar y deja libres para moverse las articulaciones cercanas es una opción para las personas que deciden no operarse [22].

Una férula no es adecuada para todas las lesiones ni para todas las personas. Algunos diseños mantienen una articulación en una posición que no convendría a su lesión. Por ejemplo, una férula dinámica para el dedo no debe usarse cuando una articulación cercana necesita mantenerse completamente recta [23]. Algunas férulas tampoco consiguen mantener los huesos rotos en su sitio, y unas pocas personas de un estudio acabaron necesitando cirugía por este motivo [19]. Su médico comparará una férula con un yeso o con la cirugía en función de su lesión, su trabajo y la probabilidad de que usted siga la pauta de uso.

La comodidad y el ajuste importan más de lo que podría pensar. Una férula que le resulta fácil de llevar es una férula que realmente seguirá llevando, y los diseños que le permiten usar la mano favorecen un mejor cumplimiento [24]. Si una férula no le sienta bien, dígalos. Pequeños cambios suelen resolver el problema.

Esta debe ser una decisión compartida con su médico. La sección de riesgos anterior explica lo que puede salir mal, y su médico le explicará cuáles de esos riesgos se aplican a su caso.

Conclusión

Vale la pena considerar una ortesis o una férula para muchos problemas de la mano, la muñeca y el codo, sobre todo si quiere evitar o aplazar la cirugía. Algunos diseños son sencillos, cómodos y le permiten seguir usando las articulaciones cercanas [22, 25]. Las pruebas son más sólidas en unas afecciones que en otras, así que pregunte qué se sabe sobre la suya. Lo más importante de todo es el ajuste y la constancia: una férula que le sienta bien es una férula que realmente llevará, y llevarla según las indicaciones es lo que da resultados.

Referencias

- [1] Short-term Outcomes of the Cross Brace Protocol for ACL Rupture Management: A Prospective Cohort Study. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2025. DOI: 10.1177/2325967126s00013
- [2] Plaster of Paris: The forgotten hand splinting material. *Journal of Hand Therapy*. 2002. DOI: 10.1053/hanthe.2002.v15.015014
- [3] REHABILITATION CONCEPTS AND SUPPORTIVE DEVICES FOR OVERUSE INJURIES OF THE UPPER EXTREMITIES. *Clinics in Sports Medicine*. 2001. DOI: 10.1016/s0278-5919(05)70273-8
- [4] Force analysis of the belly gutter and capener splints. *Journal of Hand Therapy*. 1999. DOI: 10.1016/s0894-1130(99)80074-x
- [5] The influence of splinting on healing tissues. *Journal of Hand Therapy*. 1998. DOI: 10.1016/s0894-1130(98)80014-8
- [6] A modification of the kleinert splint for mobilisation of digital flexor tendons. *The Journal of Hand Surgery: Journal of the British Society for Surgery of the Hand*. 1987. DOI: 10.1016/0266-7681(87)90007-6
- [7] Examples of simply fabricated, custom-made splints for the hand. *The Journal of Hand Surgery*. 1981. DOI: 10.1016/s0363-5023(81)80008-1
- [8] Functional Fracture Bracing in Metacarpal Fractures: The Galveston Metacarpal Brace versus a Plaster-of-Paris Bandage in a Prospective Study. *Journal of Hand Therapy*. 1993. DOI: 10.1016/s0894-1130(12)80327-9
- [9] Splinting in the treatment of arthritis of the first carpometacarpal joint. *The Journal of Hand Surgery*. 1999. DOI: 10.1053/jhsu.1999.jhsu24a0086
- [10] Functional bracing of fractures of the second through fifth metacarpals. *The Journal of Hand Surgery*. 1987. DOI: 10.1016/s0363-5023(87)80179-x
- [11] The pipflex splint for treatment of mallet finger. *The Journal of Hand Surgery: Journal of the British Society for Surgery of the Hand*. 1988. DOI: 10.1016/0266-7681(88)90126-x
- [12] Results of acute zone III extensor tendon injuries treated with dynamic extension splinting. *The Journal of Hand Surgery*. 1991. DOI: 10.1016/s0363-5023(10)80082-6
- [13] Trigger fingers and thumb: When to splint, inject, or operate. *The Journal of Hand Surgery*. 1992. DOI: 10.1016/0363-5023(92)90124-8
- [14] Effectiveness of Proximal Interphalangeal Joint Orthosis and Therapeutic Exercise in the Management of Trigger Finger: A Prospective Case Series. *Journal of Hand Surgery Global Online*. 2026. DOI: 10.1016/j.jhsg.2026.101038
- [15] A Review of Attitudes to Splintage in Dupuytren's Contracture. *Journal of Hand Surgery*. 1992. DOI: 10.1016/0266-7681(92)90208-j

- [16] A review of attitudes to splintage in Dupuytren's contracture. *The Journal of Hand Surgery: Journal of the British Society for Surgery of the Hand*. 1987. DOI: 10.1016/0266-7681(87)90182-3
- [17] A Review of Attitudes to Splintage in Dupuytren's Contracture. *Journal of Hand Surgery*. 1987. DOI: 10.1016/0266-7681_87_90182-3
- [18] Splints, with or without wrist immobilization, following surgical repair of flexor tendon lesions of the hand: A systematic review. *Hand Surgery and Rehabilitation*. 2019. DOI: 10.1016/j.hansur.2019.05.004
- [19] Dorsal Fracture Subluxation of the Proximal Interphalangeal Joints Treated by Extension Block Splintage. *Journal of Hand Surgery*. 1992. DOI: 10.1016/s0266-7681(05)80249-9
- [20] A new method of extension-block splinting for the proximal interphalangeal joint—Preliminary report. *The Journal of Hand Surgery*. 1980. DOI: 10.1016/s0363-5023(80)80118-3
- [21] Modification to a pediatric thumb splint. *Journal of Hand Therapy*. 2004. DOI: 10.1197/j.jht.2004.04.014
- [22] The biomechanics of a thumb carpometacarpal immobilization splint: Design and fitting. *Journal of Hand Therapy*. 2000. DOI: 10.1016/s0894-1130(00)80006-x
- [23] Dynamic flexion splint for the distal interphalangeal joint. *Journal of Hand Therapy*. 2003. DOI: 10.1016/s0894-1130(03)00041-3
- [24] Low Profile Extension Splint for Active Extensor Lag of the Proximal Interphalangeal Joint. *Journal of Hand Therapy*. 2007. DOI: 10.1197/j.jht.2007.04.008
- [25] Design of an orthosis with straight spring for extension mobilization of flexion contracture of the proximal interphalangeal joint. *Journal of Hand Therapy*. 2021. DOI: 10.1016/j.jht.2020.01.005