

# BMJ Best Practice

## Dermatite da área das fraldas

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumo</b>                          | <b>3</b>  |
| <b>Fundamentos</b>                     | <b>4</b>  |
| Definição                              | 4         |
| Epidemiologia                          | 4         |
| Etiologia                              | 4         |
| Fisiopatologia                         | 4         |
| <b>Prevenção</b>                       | <b>6</b>  |
| Prevenção primária                     | 6         |
| Prevenção secundária                   | 6         |
| <b>Diagnóstico</b>                     | <b>7</b>  |
| Caso clínico                           | 7         |
| Abordagem passo a passo do diagnóstico | 7         |
| Fatores de risco                       | 8         |
| Anamnese e exame físico                | 9         |
| Exames diagnóstico                     | 10        |
| Diagnóstico diferencial                | 10        |
| <b>Tratamento</b>                      | <b>12</b> |
| Abordagem passo a passo do tratamento  | 12        |
| Visão geral do tratamento              | 13        |
| Opções de tratamento                   | 14        |
| Novidades                              | 17        |
| <b>Acompanhamento</b>                  | <b>18</b> |
| Recomendações                          | 18        |
| Prognóstico                            | 18        |
| <b>Diretrizes</b>                      | <b>19</b> |
| Diretrizes de tratamento               | 19        |
| <b>Nível de evidência</b>              | <b>20</b> |
| <b>Referências</b>                     | <b>21</b> |
| <b>Aviso legal</b>                     | <b>23</b> |

## Resumo

- ◇ A dermatite da área das fraldas é essencialmente uma dermatite de contato irritativa.
- ◇ Ela é mais comum nos 2 primeiros anos de vida, mas pode ocorrer em pessoas de qualquer idade que usam fraldas com frequência.
- ◇ O diagnóstico é estabelecido pelos achados cutâneos característicos na área do corpo coberta por fraldas; o eritema das superfícies convexas das nádegas é o achado clássico.
- ◇ O tratamento inicial envolve reforçar as boas práticas de troca das fraldas, como trocas frequentes, uso de fraldas descartáveis superabsorventes, períodos em que a criança permaneça sem fraldas e aplicação de creme, pomada ou pasta de barreira.
- ◇ A dermatite da área das fraldas recalcitrante pode ser sinal de infecção secundária, doença sistêmica ou dermatológica subjacente e requer avaliação adicional.

## Definição

A dermatite da área das fraldas é uma inflamação da pele na área do corpo que é coberta por fraldas. É essencialmente uma dermatite de contato irritativa. Os principais irritantes são urina, fezes e enzimas fecais, que levam à ruptura da integridade da pele, geralmente no períneo e nas superfícies convexas das nádegas poupando as pregas cutâneas.

## Epidemiologia

A maioria dos neonatos exibe alguma ruptura da integridade da pele na área das fraldas com 1 semana de idade, com gravidade crescente em até 3 semanas.[5] A dermatite da área das fraldas ocorre comumente no primeiro ano de vida, mas pode acontecer com até 2 anos de idade, pois trata-se do período de uso de fraldas. Cerca de metade das crianças tem erupções cutâneas em algum momento durante os anos de uso de fraldas.[6] Um estudo notou que cerca de um quarto das crianças internadas apresentaram algum grau de ruptura da integridade da pele; a maioria dos casos se localizava nas nádegas, no períneo e no occipício.[7] É uma das condições dermatológicas mais comuns e exige que os cuidadores busquem atendimento médico para as crianças em unidades de emergência.[8]

## Etiologia

A dermatite da área das fraldas é muito provavelmente causada por dermatite de contato irritativa. Os principais irritantes são a umidade da urina e das fezes, bem como enzimas fecais (ureases, proteases e lipases). Outros possíveis irritantes são os componentes das fraldas, a fricção produzida pelas próprias fraldas, limpezas repetidas da área realizadas pelo cuidador ou aplicação de produtos de cuidados do bebê.[9] Os componentes das fraldas descartáveis que já foram considerados possíveis gatilhos antigênicos são corantes, fragrâncias, borracha, cola e outros produtos químicos usados no processo de manufatura. Os conservantes encontrados em toalhas ou papel higiênico também podem ser sensibilizantes.[10]

As infecções podem exacerbar ou causar a dermatite da área das fraldas. As principais etiologias infecciosas incluem *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* e organismos entéricos. Outros agentes infecciosos implicados incluem o vírus coxsackie, vírus do herpes simples (HSV) e vírus da imunodeficiência humana (HIV), parasitas como oxiúros e ácaros e outros fungos que causam tinea do corpo.

Os distúrbios dermatológicos subjacentes, como dermatite alérgica de contato, dermatite seborreica, psoríase, granuloma glúteo infantil, líquen escleroso e paraceratose granular infantil estão associados ao desenvolvimento de dermatite da área das fraldas.

Etiologias incomuns incluem deficiências nutricionais, fibrose cística, defeitos do ciclo da ureia, imunodeficiências e histiocitose.

## Fisiopatologia

Enzimas fecais e umidade da urina e das fezes atuam como desencadeantes de uma reação imunológica na área ocluída pelas fraldas. O pH aumentado da pele associado ao uso de fraldas ativa ainda mais as enzimas.[11] A reação inflamatória resultante leva à ruptura da pele. A dermatite alérgica de contato envolve uma resposta imunológica que produz erupção cutânea em 12 a 24 horas após a reexposição ao agente desencadeante.[12]



## Prevenção primária

Boas práticas de higiene diária no uso de fraldas reduzem o tempo de contato com possíveis irritantes.<sup>[13]</sup> Os cuidadores devem ser orientados para:

- Trocar as fraldas a cada 2 horas (ou, pelo menos, verificar se a fralda está suja a cada 2 horas) e com maior frequência em neonatos e crianças com diarreia
- Usar lenços umedecidos comerciais ou um tecido de algodão embebido em água para limpar a área das fraldas; deve-se usar produtos com o mínimo de aditivos
- Evitar o excesso de detergentes e de fricção
- Proporcionar períodos sem uso de fraldas, se possível
- Evitar o uso calças plásticas sobre as fraldas.

## Prevenção secundária

Continuação das boas práticas de higiene na troca de fraldas.<sup>[13]</sup>

Os estudos favorecem fraldas descartáveis com centro de celulose em vez de fraldas de tecido, material gelificante absorvente em vez de fraldas com o centro somente de celulose, fraldas com a parte externa que permite a respiração da pele em vez de fraldas com a parte externa oclusiva e forros revestidos com formulações em vez de forros simples.<sup>[19]</sup> Muitos dos estudos individuais eram de desenho aberto e, por isso, há risco de viés.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma menina de 8 meses de idade apresenta eritema leve nos grandes lábios, na área perianal e nas superfícies convexas das nádegas há 2 dias, após história de 3 dias de diarreia.

### Outras apresentações

Outras apresentações incluem casos de dermatite da área das fraldas que duram mais de 3 dias, casos com sinais ou sintomas preocupantes (isto é, criança com retardo do crescimento pândero-estatural, infecções recorrentes) ou erupção cutânea persistente apesar dos tratamentos recomendados. As dermatites da área das fraldas que duram mais que 3 dias levantam suspeitas de infecção por *Candida* ou infecção bacteriana secundárias (ou seja, por *Staphylococcus aureus*).<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>  
<sup>1[B]</sup>Evidência Erosões úmidas e vermelhas na área das fraldas acompanhadas por envolvimento perioral ou dos membros podem ser sinal de acrodermatite enteropática. Pápulas descamativas na face, no couro cabeludo e nas axilas podem ser secundárias à histiocitose. Deficiências nutricionais (zinco, biotina, ácidos graxos essenciais, proteína), distúrbios metabólicos (isto é, acidúrias orgânicas) ou imunodeficiências também podem ser causa de casos recalcitrantes. Uma criança negligenciada e/ou vítima de abusos ou cujo cuidador não segue o tratamento pode, conseqüentemente, apresentar higiene inadequada, hematomas ou outros achados cutâneos suspeitos.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é estabelecido clinicamente, com base na história e no exame físico. Em raros casos nos quais o diagnóstico é incerto ou os tratamentos iniciais não resolveram o problema, é necessário realizar culturas bacterianas e/ou fúngicas ou teste de hidróxido de potássio de raspagens da pele.

### História

Geralmente, há uma história de más práticas de troca de fraldas. Ela pode envolver trocas pouco frequentes das fraldas do paciente, uso de produtos de cuidados do bebê sem verificar que os aditivos estejam presentes em quantidade mínima, excesso de fricção na limpeza, uso de detergentes fortes na limpeza, ausência de períodos sem fralda e o uso de calças plásticas. Em geral, o paciente tem <2 anos de idade, pois crianças mais novas urinam com maior frequência. Pode haver história de diarreia e exposição recente a antibióticos (o uso de antibióticos aumenta a probabilidade de diarreia que, por sua vez, significa fezes mais frequentes e mais tempo em contato com fraldas sujas).<sup>[7]</sup> O cuidador do paciente também pode descrever agitação ou irritabilidade na criança relacionadas com a micção, movimentos intestinais ou trocas de fraldas devido à dor causada pela dermatite da área das fraldas.

### Exame

O cuidador da criança, geralmente, relata início agudo de eritema e ruptura da pele na área do corpo que fica coberta por fraldas. Em geral, o exame físico revela eritema nas superfícies convexas da área púbica e das nádegas poupando as pregas cutâneas.

## Teste de infecção

Infecções cutâneas subjacentes podem causar a dermatite da área das fraldas e aumentar o risco de tornar-se recalcitrante. Exames para infecção não são realizados como rotina porque as infecções geralmente são diagnosticadas pela história e quadro clínico. No entanto, em casos de falha do tratamento, é necessário obter culturas para avaliar a presença de microrganismos bacterianos ou fúngicos. O teste de hidróxido de potássio de raspado de pele é realizado quando há suspeita de infecção fúngica por *Candida* (candidíase).

## Para casos persistentes/recalcitrantes

Poderá ser necessário considerar um hemograma completo para descartar neutropenia cíclica ou os níveis de zinco sérico para descartar deficiência de zinco, para casos recalcitrantes e de doença grave ou persistente.

## Fatores de risco

### Fortes

#### idade <2 anos

- Crianças menores urinam com mais frequência e expressam menos objeções ao uso de fraldas sujas. Dessa forma, os irritantes permanecem em contato por mais tempo com a pele ocluída. Um estudo com pacientes internados constatou que havia maior probabilidade de ruptura da pele em crianças mais novas do que nas mais velhas.[7]

#### diarreia

- Crianças hospitalizadas com mais episódios de diarreia foram mais propensas a apresentar ruptura de pele. Fezes mais frequentes e o maior tempo em contato com fraldas sujas levam à dermatite da área das fraldas.[7]

#### distúrbio dermatológico subjacente

- Crianças com problemas de pele (por exemplo, pele seca, eczema, dermatite da área das fraldas) no momento da internação eram significativamente mais propensas a apresentar ruptura da pele.[7]

#### trocas de fralda esporádicas

- O maior tempo com fraldas aumenta o tempo de exposição à urina e às enzimas fecais. A maior exposição a esses elementos leva à ruptura da pele.

#### uso excessivo de produtos de cuidados do bebê

- Produtos de cuidados do bebê podem expor o bebê a possíveis irritantes. Deve-se usar produtos com o mínimo de aditivos.

#### excesso de detergente

- Detergentes encontrados em sabonetes corporais e sabões podem irritar a pele. Deve-se usar produtos com o mínimo de aditivos, como as opções sem perfume e sem detergente.

#### excesso de limpeza

- A fricção produzida pelas repetidas limpezas realizadas pelo cuidador é um possível irritante.



**calça plástica**

- A oclusão da área das fraldas por plástico aumenta a umidade dentro da fralda, exacerbando o processo que pode levar à ruptura da pele.

**ausência de períodos sem fraldas**

- O tempo sem fraldas minimiza o tempo de exposição aos irritantes usados na fabricação das fraldas e à fricção das próprias fraldas. Além disso, o tempo em contato com urina e enzimas fecais é menor.

**infecções cutâneas subjacentes**

- Infecções cutâneas subjacentes podem causar a dermatite da área das fraldas e aumentar o risco de tornar-se recalcitrante. Elas podem ser infecções bacterianas (infecções por *S aureus* ou por estreptococos do grupo A) e/ou infecções fúngicas (infecções por *Candida*).

**Fracos****antibióticos orais**

- Antibióticos orais podem causar diarreia e também aumentar o risco de infecção fúngica secundária.

## **Anamnese e exame físico**

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco são idade <2 anos, história de diarreia, distúrbio dermatológico subjacente, trocas de fraldas pouco frequentes, uso excessivo de produtos de cuidados do bebê, calças plásticas e ausência de períodos sem fralda.

**início agudo de erupção cutânea na área das fraldas (comum)**

- Achado clássico na dermatite de contato irritativa.

**eritema de superfícies convexas na área das fraldas (comum)**

- Achado clássico na dermatite de contato irritativa.

**pregas cutâneas poupadas (comum)**

- Achado clássico na dermatite de contato irritativa.

**Outros fatores de diagnóstico****características de candidíase (comum)**

- Placas eritematosas brilhantes com lesões satélites na área das fraldas, nas dobras da virilha, no pescoço e na axila, além de presença de candidíase oral.
- A dermatite da área das fraldas que persiste por >3 dias geralmente está associada à presença de *Candida albicans*.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#)

**típicos de infecção por *Staphylococcus aureus* (comum)**

- Pústulas, vesículas, bolhas, pele desnudada e crostas com cor de mel.

**típicos de infecção por estreptococo do grupo A. (comum)**

- Placa eritematosa ao redor dos orifícios vaginal e anal.

**agitação (incomum)**

- O cuidador pode descrever agitação ou irritabilidade relacionadas com a micção, movimentos intestinais ou trocas de fraldas devido à dor causada pela dermatite da área das fraldas.

## Exames diagnóstico

**Exames a serem considerados**

| Exame   | Resultado  |
|---|--|
| <b>teste de hidróxido de potássio de raspado de pele</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados positivos mostram pseudo-hifas na infecção por levedura. Não é realizado como rotina, pois as infecções por levedura geralmente são diagnosticadas pela história e quadro clínico. Considere em casos de falha do tratamento.</li> </ul> | <b>positivo em candidíase</b>  |
| <b>cultura bacteriana da pele</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O mesmo swab da cultura pode ser usado para culturas de fungos e bactérias. Considere em casos de falha do tratamento.</li> </ul>  | <b>positivo para <i>S aureus</i> ou <i>Streptococcus pyogenes</i> em infecção bacteriana</b> |
| <b>cultura fúngica da pele</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O mesmo swab da cultura pode ser usado para culturas de fungos e bactérias.</li> </ul>  | <b>positiva na infecção fúngica</b>  |
| <b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser necessário considerá-lo em doença grave ou persistente e casos recalcitrantes, para descartar neutropenia cíclica.</li> </ul>   | <b>normal ou pode evidenciar neutropenia</b>   |
| <b>nível sérico de zinco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser necessário considerá-lo em doença grave ou persistente e casos recalcitrantes, para descartar deficiência de zinco.</li> </ul>   | <b>normais ou baixas</b>   |

## Diagnóstico diferencial

| Doença                               | Sinais/sintomas de diferenciação   | Exames de diferenciação  |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Dermatite alérgica de contato</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode não haver diferença nos sinais e nos sintomas.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste cutâneo de contato (patch test) para determinar o alérgeno antigênico desencadeante.</li> </ul> |
| <b>Dermatite seborreica</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pápulas e placas eritematosas associadas a descamação amarelada na área das fraldas e crosta láctea.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico clínico. Geralmente, não há necessidade de exames.</li> </ul>                             |

| Doença  | Sinais/sintomas de diferenciação  | Exames de diferenciação   |
|---|---|---|
| <b>Psoríase</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Descamação prateada espessa na virilha e no sulco interglúteo, acompanhada por anormalidades nas unhas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico. Geralmente, não há necessidade de exames.</li> </ul>  |
| <b>Granuloma glúteo infantil</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pele macerada com lesões papulonodulares púrpuras.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico. Geralmente, não há necessidade de exames.</li> </ul>  |
| <b>vírus da imunodeficiência humana (HIV)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erupção cutânea recalcitrante na área das fraldas; infecções recorrentes; outros sintomas e sinais dessa doença.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Teste de anticorpo anti-HIV positivo.</li> </ul>   |
| <b>Deficiências nutricionais</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erupção cutânea recalcitrante na área das fraldas e na área perioral; retardo do crescimento pômbero-estatural, atraso no desenvolvimento; alopecia; anormalidades comportamentais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Baixos níveis de nutrientes (isto é, zinco, biotina, proteína).</li> </ul>   |
| <b>Imunodeficiências</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erupção cutânea recalcitrante grave associada a eczema generalizado, retardo do crescimento pômbero-estatural, infecções recorrentes.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação imunológica anormal, específica para o distúrbio subjacente.</li> </ul>   |
| <b>Histiocitose das células de Langerhans</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pápulas descamativas crônicas e nódulos na virilha, na face, no tronco; envolvimento das palmas das mãos e das solas dos pés; sintomas de envolvimento de outros órgãos.</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>A biópsia de pele revela grânulos de Birbeck.</li> </ul>   |
| <b>Defeito do ciclo da ureia</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatite da área das fraldas recalcitrante associada a envolvimento perioral; atraso no desenvolvimento; desequilíbrios metabólicos.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Análise de aminoácido sérico anormal, nível de amônia sérica elevado associado a um anion gap sérico normal e nível de glicose sérica normal são encontrados em defeitos do ciclo de ureia.</li> </ul> |
| <b>Abuso infantil e negligência</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pele escaldada, equimose ou lesões em formato de objetos na área das fraldas; higiene inadequada; atraso no desenvolvimento.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico clínico. Geralmente, não há necessidade de exames.</li> </ul>  |

## Abordagem passo a passo do tratamento

O cuidador da criança deve ser instruído sobre as causas da dermatite da área das fraldas e sobre as medidas que ajudarão na prevenção de ruptura da pele adicional. É recomendável uma abordagem gradual para o tratamento; no entanto, conforme o caso, pode-se optar por usar várias intervenções simultaneamente se a erupção cutânea for de longa duração, se a etiologia exata for desconhecida ou se houver suspeita de infecção secundária. É necessário lembrar que essa abordagem recomendada é baseada em evidências em um grau limitado, pois atualmente não há estudos de alta qualidade.<sup>[14]</sup>

### Abordagem inicial

Em cada troca de fraldas, é necessário aplicar uma barreira para proteger a pele contra irritantes, como urina e fezes. Uma barreira com ingredientes mínimos é a opção preferencial a fim de evitar a possível sensibilização da pele. Uma barreira em uma formulação de pasta (como óxido de zinco) será o produto preferencial se houver diarreia.

É necessário garantir boas práticas de higiene na troca de fraldas.<sup>[13]</sup> Seja qual for o tipo de fralda usada, é necessário trocá-la a cada 2 horas (ou verificar se a fralda está suja a cada 2 horas). É necessário trocar as fraldas com uma frequência ainda maior em neonatos ou em crianças com diarreia. Foi observado que a frequência e a gravidade da erupção cutânea foram significativamente menores quando o número médio de trocas de fralda relatadas foi >8 fraldas por dia.<sup>[6]</sup> Como os custos ambientais e financeiros podem ser substanciais, os pais devem ser orientados a considerar esses possíveis custos na avaliação de risco versus benefícios.<sup>[14]</sup>

Os potenciais irritantes devem ser eliminados em cada troca de fraldas por meio de limpeza da área com lenços umedecidos comerciais ou um tecido de algodão embebido em água. É necessário usar produtos com o mínimo de aditivos e evitar o excesso de fricção e detergentes.<sup>[15]</sup>

### Erupção cutânea que persiste por ≥3 dias

Se a erupção cutânea persistir por ≥3 dias, será necessário continuar o tratamento com cremes de barreira e boas práticas de troca de fraldas em associação a um antifúngico tópico.

Se os sintomas forem graves ou se houver suspeita de dor, será necessário prescrever um corticosteroide criteriosamente. A menor quantidade necessária deverá ser aplicada em uma fina camada, duas vezes ao dia, por 3 dias e por, no máximo, 2 semanas. Corticosteroides de baixa potência, como desonida ou hidrocortisona a 1%, são as opções de preferência.

Um agente antibacteriano tópico, como mupirocina, deve ser aplicado se houver suspeita de uma infecção bacteriana secundária.

### Sensibilização da pele

Deve-se suspeitar de sensibilização da pele em qualquer estágio. Pode ser apropriado interromper todos os medicamentos prescritos anteriormente, evitar todos os possíveis sensibilizantes da pele (inclusive produtos de higiene, todos os tipos de produto de limpeza da pele ou fraldas descartáveis com possíveis corantes ou fragrâncias) e reintroduzir os medicamentos lentamente (um produto por vez) para identificar e eliminar o ingrediente sensibilizante.

## Erupção cutânea que persiste por >14 dias

Casos recalcitrantes deverão ser encaminhados para um dermatologista para uma possível biópsia ou teste cutâneo de contato (patch test), se persistirem por >14 dias.<sup>[13]</sup>

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

| Em curso           |         | ( resumo )  |
|--------------------|---------|---|
| todos os pacientes |         |   |
| .....              | 1a      | barreira tópica e boas práticas de troca de fraldas |
|                    | 2a      | terapia antifúngica tópica                          |
|                    | adjunto | corticosteroides tópicos de baixa potência          |
|                    | adjunto | terapia antibacteriana tópica                       |
|                    | 3a      | encaminhamento para um dermatologista               |

## Opções de tratamento

### Em curso

todos os pacientes

#### 1a barreira tópica e boas práticas de troca de fraldas

» É necessário garantir boas práticas de higiene na troca de fraldas.[13] Seja qual for o tipo de fralda usada, é necessário trocá-la a cada 2 horas (ou verificar se a fralda está suja a cada 2 horas). É necessário trocar as fraldas com uma frequência ainda maior em neonatos ou em crianças com diarreia. Os potenciais irritantes devem ser eliminados em cada troca de fraldas por meio de limpeza da área com lenços umedecidos comerciais ou um tecido de algodão embebido em água. É necessário usar produtos com o mínimo de aditivos e evitar o excesso de fricção e detergentes.

» Se a criança for propensa à frequente dermatite da área das fraldas, aplicar empiricamente um creme barreira de uso tópico contendo óxido de zinco, parafina branca mole, glicerina, lanolina, sucralfato[16] ou óleo mineral a cada troca de fraldas. O óxido de zinco é o creme barreira preferencial para crianças com diarreia. É possível que preparações tópicas que contêm sucralfato como ingrediente ativo tenham que ser preparadas por um farmacêutico.

» Proporcionar um período sem fraldas sempre que possível. Evitar o uso de calça plástica sobre as fraldas.

#### 2a terapia antifúngica tópica

##### Opções primárias

» **nistatina tópica:** (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes ao dia, continuar o uso por 3 dias após o desaparecimento da erupção cutânea

OU

» **miconazol tópico:** (0.25%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) a cada troca de fraldas, continuar o uso por 7 dias (mesmo após o desaparecimento da erupção cutânea)

OU

## Em curso

» **econazol tópico**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia, continuar o uso por 3 dias após o desaparecimento da erupção cutânea

» Cremes antifúngicos tópicos podem ser usados para erupções cutâneas que persistam por mais que 3 dias.

» Recomenda-se o uso tópico de um creme de barreira após aplicação tópica do antimicrobiano.

**adjunto corticosteroides tópicos de baixa potência****Opções primárias**

» **hidrocortisona tópica**: (1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 3-14 dias

**OU**

» **desonida tópica**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 3-14 dias

» Usar se os sintomas forem graves, como suspeita de dor e agitação.

» Usar baixa potência, por 3 a 14 dias somente. O uso incorreto de corticosteroides tópicos em uma área ocluída pelas fraldas pode causar maior absorção sistêmica. Portanto, o uso deve ser moderado.

» Aplicar um creme barreira por via tópica após o término do tratamento com um corticosteroide tópico a fim de evitar danos adicionais à pele.

**adjunto terapia antibacteriana tópica****Opções primárias**

» **mupirocina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes ao dia, por até 10 dias

» Um agente antibacteriano tópico, como mupirocina, deve ser aplicado se houver suspeita de uma infecção bacteriana secundária.

**3a encaminhamento para um dermatologista**

» Casos recalcitrantes deverão ser encaminhados para um dermatologista para uma possível biópsia ou teste cutâneo de contato (patch test), se persistirem por >14 dias.[13]





## Novidades

### Leite materno

Em um ensaio clínico randomizado, a aplicação tópica de leite materno humano mostrou-se tão eficaz quanto creme de hidrocortisona a 1% em lactentes com dermatite da área das fraldas.<sup>[17]</sup> Estudos adicionais são necessários antes que isso possa ser recomendado como tratamento.

### Inibidores de calcineurina tópicos

Imunomoduladores (por exemplo, tacrolimo tópico) são úteis como terapia de segunda linha para dermatite alérgica de contato. Eles também podem ser úteis na dermatite da área das fraldas; no entanto, não há estudos sobre o uso na área ocluída pelas fraldas.

## Recomendações

### Monitoramento

Se a afecção não melhorar ou se piorar em 1 semana após a prescrição do tratamento, será necessário reavaliar a criança.

### Instruções ao paciente

Reforçar as boas práticas de higiene na troca de fraldas com o cuidador.<sup>[13]</sup>

- Seja qual for o tipo de fralda usada, trocar a fralda a cada 2 horas ou, pelo menos, verificar se a fralda está suja a cada 2 horas.
- Trocar as fraldas com frequência ainda maior em neonatos e crianças com diarreia.
- Eliminar irritantes em cada troca de fraldas por meio de limpeza da área com lenços umedecidos comerciais ou um tecido de algodão embebido em água.
- Usar produtos com o mínimo de aditivos.
- Evitar o excesso de detergentes e fricção.
- Se a criança for propensa à dermatite da área das fraldas frequente, aplicar empiricamente um creme barreira de uso tópico contendo óxido de zinco, vaselina mole, glicerina ou óleo mineral.
- Proporcionar um período sem fraldas sempre que possível.
- Evitar o uso de calça plástica sobre as fraldas.

## Prognóstico

### Caso agudo de dermatite de contato irritativa da área das fraldas

A dermatite de contato irritativa da área das fraldas geralmente remite em 1 semana.

### Dermatite da área das fraldas infectada com *Candida*

Pode levar de 10 dias a 3 semanas para remitir.<sup>[18]</sup>

### Caso recalcitrante devido à afecção dermatológica ou sistêmica subjacente

O prognóstico varia dependendo do diagnóstico subjacente e do controle da doença subjacente.

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Postnatal care up to 8 weeks after birth

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2015

## Nível de evidência

1. Presença de *Candida albicans*: há evidências de qualidade moderada (estudos observacionais de boa qualidade) de que um número significativamente maior de crianças com dermatite da área das fraldas em comparação com controles terá *C. albicans* recuperada da pele.<sup>[2] [3]</sup> Quando a dermatite da área das fraldas persiste por >72 horas, há maior probabilidade de a cultura produzir levedura.<sup>[4]</sup>  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

- Gupta AK, Skinner AR. Management of diaper dermatitis. Int J Pediatrics. 2004 Nov;43(11):830-4. [Resumo](#)
- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, et al. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nurs. 2009 Jun;65(6):1141-54. [Resumo](#)
- Baer EL, Davies MW, Easterbrook KJ. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD004262. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Gupta AK, Skinner AR. Management of diaper dermatitis. Int J Pediatrics. 2004 Nov;43(11):830-4. [Resumo](#)
2. Dixon PN, Warin RP, English MP. Role of Candida albicans infection in napkin rashes. BMJ. 1969 Apr 5;2(5648):23-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Leyden JJ, Kligman AM. The role of microorganisms in diaper dermatitis. Arch Dermatol. 1978 Jan;114(1):56-9. [Resumo](#)
4. Montes LF, Pittillo RF, Hunt D, et al. Microbiological flora of infant's skin: comparison of types of microorganisms between normal skin and diaper dermatitis. Arch Dermatol. 1971 Apr;103(4):400-6. [Resumo](#)
5. Visscher MO, Chatterjee R, Munson KA, et al. Development of diaper rash in the newborn. Pediatr Dermatol. 2000 Jan-Feb;17(1):52-7. [Resumo](#)
6. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, et al. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. Pediatr Dermatol. 1986 Jun;3(3):198-207. [Resumo](#)
7. Suddaby EC, Barnett S, Facticeau L. Skin breakdown in acute care pediatrics. Pediatric Nursing. 2005 Mar-Apr;31(2):132-8, 148. [Resumo](#)
8. Auvin S, Imiela A, Catteau B, et al. Pediatric skin disorders encountered in an emergency hospital facility: a prospective study. Acta Derm Venereol. 2004;84(6):451-4. [Resumo](#)
9. Larralde M, Raspa ML, Silvia H, et al. Diaper dermatitis: a new clinical feature. Pediatr Dermatol. 2001;18:167. [Resumo](#)
10. Jackson JM, Fowler JF. Methylidibromoglutaronitrile (Euxyl K400): a new and important skin sensitizer in the United States? J Am Acad Dermatol. 1998;38:934-937. [Resumo](#)

11. Stamatas GN, Zerweck C, Grove G, et al. Documentation of impaired epidermal barrier in mild and moderate diaper dermatitis in vivo using noninvasive methods. *Pediatr Dermatol*. 2011;28:99-107. [Resumo](#)
12. Alberta L, Sweeney SM, Wiss K. Diaper dye dermatitis. *Pediatrics*. 2005;116:e450-e452. [Resumo](#)
13. Nield LS, Kamat D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007 Jul;46(6):480-6. [Resumo](#)
14. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, et al. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs*. 2009 Jun;65(6):1141-54. [Resumo](#)
15. Lavender T, Furber C, Campbell M, et al. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: assessor-blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC Pediatr*. 2012 Jun 1;12:59. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Sajjadian N, Hashemian F, Kadivar M, et al. Efficacy of topical sucralfate versus topical zinc oxide in diaper dermatitis: a randomized, double blind study. *Iranian Journal of Dermatology*. 2012;15(3):85-8. [Texto completo](#)
17. Farahani LA, Ghobadzadeh M, Yousefi P. Comparison of the effect of human milk and topical hydrocortisone 1% on diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:725-729. [Resumo](#)
18. Munz D, Powell KR, Pai CH. Treatment of candidal diaper dermatitis: a double-blind placebo-controlled comparison of topical nystatin with topical plus oral nystatin. *J Pediatr*. 1982;101:1022-1025. [Resumo](#)
19. Baer EL, Davies MW, Easterbrook KJ. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;(3):CD004262. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

| Estilo do BMJ Best Practice |       |
|-----------------------------|-------|
| Numerais de 5 dígitos       | 10,00 |
| Numerais de 4 dígitos       | 1000  |
| Numerais < 1                | 0.25  |

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK



# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Linda S. Nield, MD, FAAP**

Assistant Dean for Admission

Professor of Medical Education and Pediatrics, West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

DIVULGAÇÕES: LSN is an author of references cited in this topic.

---

**Deepak Kamat, MD, PhD, FAAP**

Professor of Pediatrics

Vice Chair for Education, Department of Pediatrics, Wayne State University School of Medicine, Designated Institutional Official, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

DIVULGAÇÕES: DK is an author of references cited in this topic.

### // Colegas revisores:

---

**Jonette E. Keri, MD, PhD**

Assistant Professor of Dermatology and Cutaneous Surgery

University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, FL

DIVULGAÇÕES: JEK declares that she has no competing interests.

---

**Martin E. Weisse, MD**

Professor of Pediatric Infectious Disease

Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC

DIVULGAÇÕES: MEW declares that he has no competing interests.

---

**Kam Lun Ellis Hon, MBBS, DCH, FAAP, FCCM**

Associate Professor

Department of Paediatrics, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China

DIVULGAÇÕES: KLEH declares that he has no competing interests.