



UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



UniforJob
ACADEMY



Accademia Eraclitea
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

Master Universitario di primo livello in “Deglutologia geriatrica”
A.A. 2023/24

IGIENE ORALE

Qualche istruzione per l'uso

Agnese Rossi
Logopedista
Milano

Dysphagia and Oral Health

Recommendations for the dental team for the
management of oral health care
of children and adults with dysphagia

September 2014

Chiunque abbia una diagnosi di disfagia dovrebbe essere inserito in un percorso di cura comprensivo di una Valutazione del Rischio Orale e di un programma di cure orali.

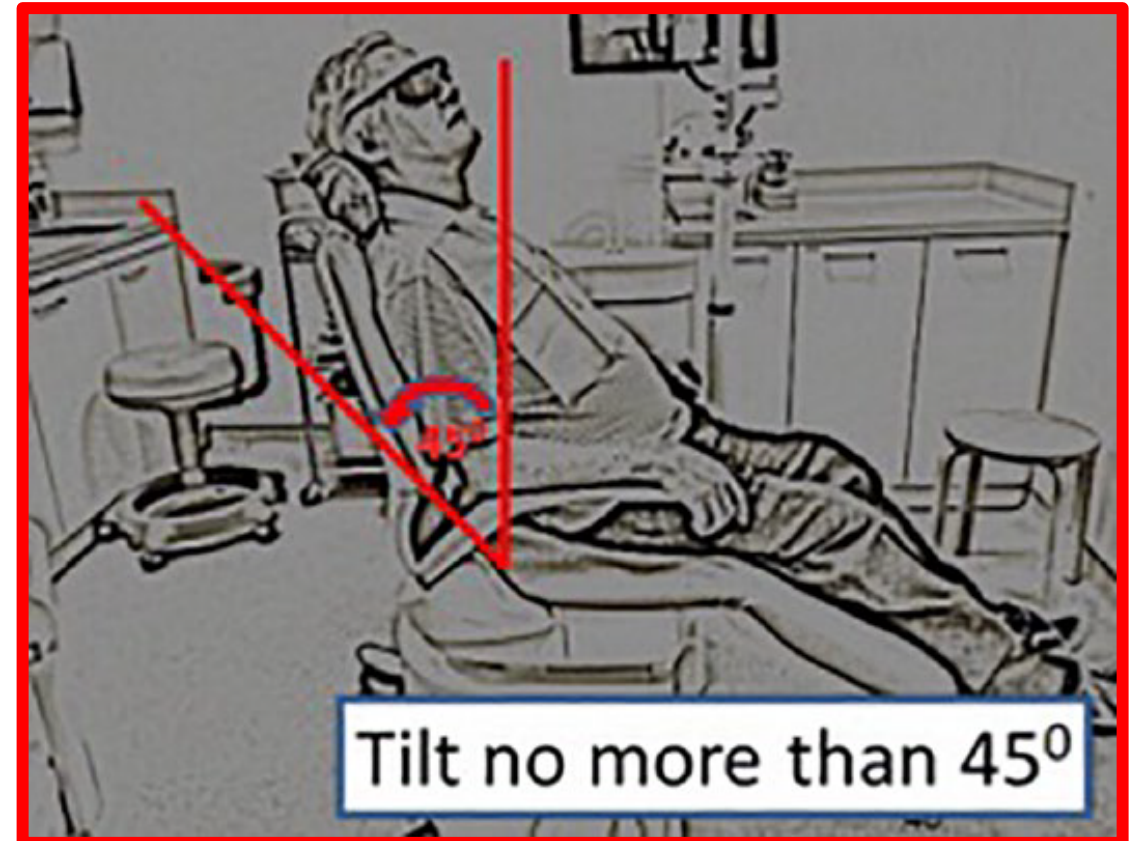
- La **posizione** del corpo è molto importante: 30°-45° tronco-arti inferiori, comunque assicurando che il collo sia ben sostenuto.
- **Spugnette** schiumate orali hanno efficacia limitata e sono proibite nel Galles per significativo rischio di aspirazione; spazzolini si traducono in migliore igiene e riduzione dei batteri orali. Spazzolini elettrici sono più efficaci di quelli manuali. **Spazzolini "Collis—curve"** possono aiutare i caregivers.
- In presenza di **ipersensibilità** o **riflesso del morso** che impediscono l'igiene orale, i logopedisti possono consigliare tecniche di desensibilizzazione o provvedere a terapia del distretto oro-facciale. Può essere necessario servirsi di ausili per la bocca o protezioni per le dita.

Naso

- Il naso viene comunemente ignorato, nonostante il peso che si attribuisce alla “maledetta” respirazione orale.
- Il naso umidifica l'aria: le fosse nasali idratano e riscaldano l'aria inalata. Quando l'aria che entra è più vicina alla temperatura corporea, è più facile per i polmoni utilizzarla.
- Idratare, umidificare, lubrificare le narici, aiutare a rimuovere secrezioni secche
- **L'ossigenoterapia non ha gravi CONTROINDICAZIONI, ma può provocare:**
 - secchezza delle narici e formazione di crosticine;
 - irritazione cutanea dovuta al prolungato contatto con la cannula o la mascherina;
 - sanguinamento dal naso;
 - affaticamento e mal di testa.

Garze

- Sciacqui impossibili: garze bagnate e ben strizzate avvolte intorno al dito dell'operatore per rimuovere i residui di cibo annidati nei fornici del vestibolo con movimento SEMPRE dall'interno verso l'esterno e cambi frequenti del materiale. (tecnica da insegnare ai caregiver).
- Clorexidina 0.12-0.2% alleggerisce la carica batterica.
- Pulire il dorso della lingua con panno morbido, garza in TNT, spazzolino morbido diminuisce localmente i batteri. Pulisci-lingua in materiale adattabile.



Dentifrici

- **Dentifrici** ad alto contenuto di **Fluoro** (>1000ppm) soprattutto in caso di diete a consistenza modificata e liquidi addensati (modificazione pH e demineralizzazione).
- **non schiumosi, Sodio Lauril Solfato-free** perché fa schiuma e dà secchezza: evitare x aspirazione e xerostomia.
- **minime quantità** di dentifricio (un pisello, una macchia!).
- Applicare localmente sui denti un velo di dentifricio dopo la spazzolatura previene la formazione di schiuma.

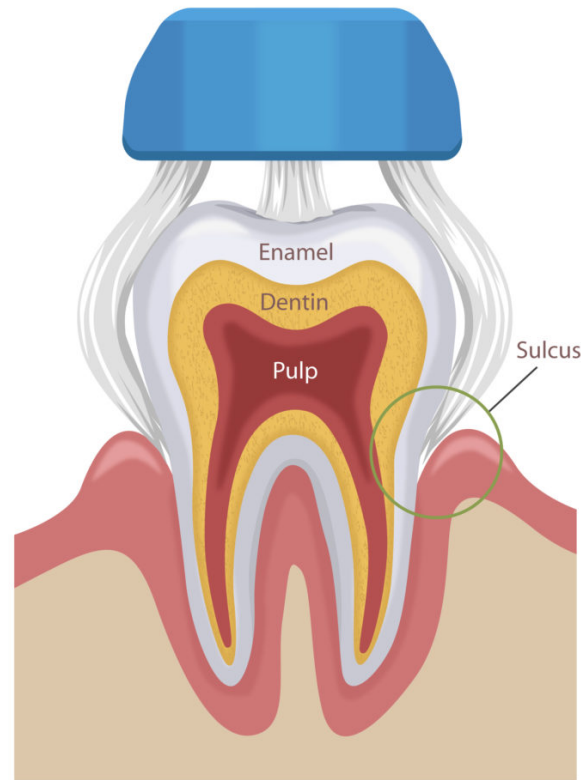


Spazzolini

- A **setole morbide** per pazienti con cavo orale sensibile o dolorante
- **Testina piccola** raggiunge tutte le zone della bocca
- Eventuali adattamenti delle **impugnature** (T.O.)
- Spazzolini a **3 testine** per pazienti poco collaborativi, passano su più superfici contemporaneamente. Non efficaci nella rimozione della placca. Estremo rimedio.
- Spazzolini **da aspirazione** poco utili con dentifrici non schiumosi.
- Spazzolini **elettrici**: uso consigliato solo se maneggiati dal paziente. Comunque: appoggiare testina rotante al dente e spostarla, senza movimento del polso

INCORAGGIARE E MANTENERE IL PIU' POSSIBILE L'AUTONOMIA

SPAZZOLINI PARTICOLARI



A curved bristle will swing inward on its axis (like a scaler) and twist into the interproximals.

scaler-shaped bristle



Gingival Massage

The curved bristles contact and gently massage the gingiva.

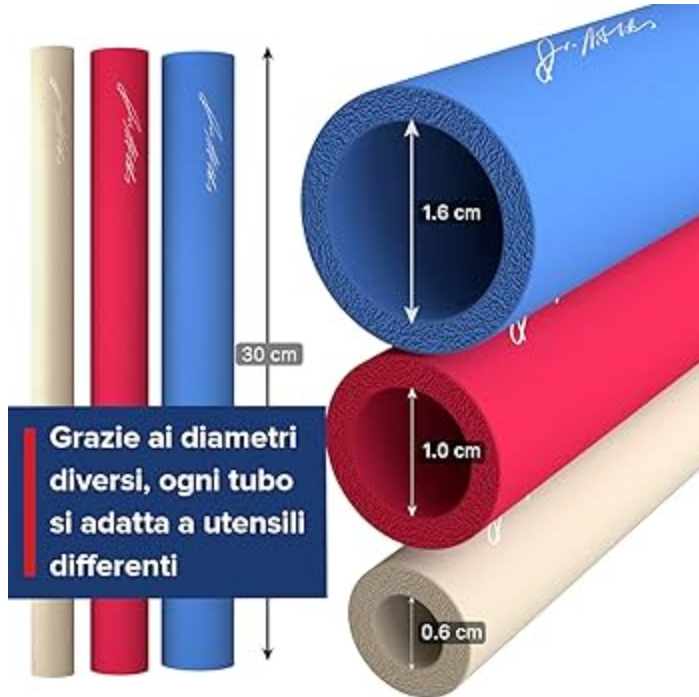
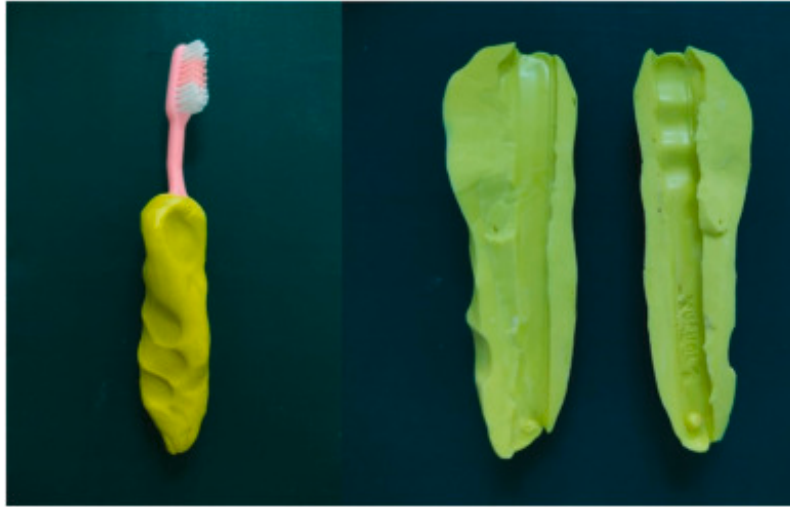


Sulcular Brushing

The curved bristle enters the sulcus at a 45 degree angle and cannot traumatize because it is bent. It does not *poke*.

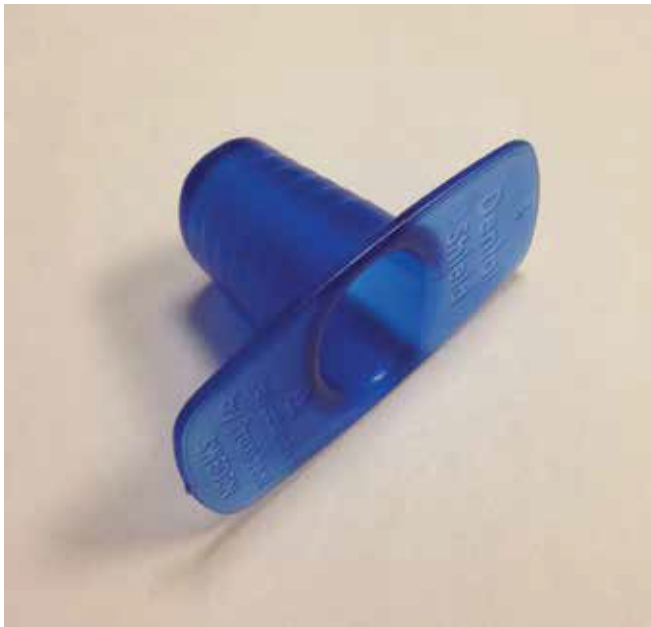
- Spugnette orali schiumate: rischio soffocamento per il distacco dal bastoncino, documentato in più occasioni. Sconsigliate e inefficaci. Non alternative allo spazzolino.
- Utilizzate a volte per drenare secrezioni in eccesso.
- Preferibili spazzolini a testina conica e setole in materiale sintetico anche per applicare gel idratanti





Protezione delle dita

- “Finger guard” utili per proteggere le dita dell’operatore nel caso di pazienti che tendono a mordere.
- Two-toothbrush technique



Clorexidina

- Tolleranza: test cutaneo 2-5 min.
- Disponibile in collutorio, gel, spray.
- Sconsigliato l'uso abituale, meglio se prescritta.
- Controlla il biofilm con azione prolungata (8-12 ore): utilizzo ogni 12 ore. Non rimuove la placca: integrare con l'uso 2 vv/dì di spazzolino e dentifricio.
- Non usare simultaneamente ai dentifrici perché ne neutralizzano l'azione: intervallo di **almeno 30' tra clorexidina e dentifricio**.
- Clorexidina senz'alcool in presenza di xerostomia o dolore.
- Con lo spray, mirare all'attaccatura tra dente e gengiva.

Altri prodotti

- **Bicarbonato:** vecchio rimedio, non universalmente riconosciuta l'azione idratante; stabilizzatore del pH, riduce l'alitosi.
- Deve essere **diluito attentamente**, può favorire il deterioramento dello smalto: ½ cucchiaino in 1 bicchiere d'acqua (200 ml.). Preferibili prodotti specifici con le corrette diluizioni.
- Tamponi per l'I.O. a base di bicarbonato.
- **Tamponi** a base di **perossido d'idrogeno**
- Tamponi al **limone e glicerina**, usati per più di 70 anni per umidificare la mucosa del c.o.: stimolano nell'immediato la produzione di saliva con effetto di > idratazione, ma in un secondo tempo inducono xerostomia paradossa. Il loro pH acido causa irritazione mucosa ed erosione smalto.

Prodotti naturali

- **Acqua o soluzione fisiologica** sono preferibili per idratare le mucose, con interventi frequenti. Nelle terapie intensive, ogni 2 ore.

In mancanza di colluttori di qualunque tipo: **ACQUA IS OK!**

- **Aloe vera:** buoni risultati per alleviare dolore orale, sindrome della bocca urente, stomatite aftosa ricorrente, mucosite.
- **Propoli:** protettivo della mucosa infiammata, riduce l'ipersensibilità, "scoraggia" la proliferazione batterica.
- Oli essenziali: salvia, eucaliptolo, tea-tree

Dry mouth

- Il passaggio a un ambiente acido indotto dalla dry mouth impone l'uso di dentifrici ad alto contenuto di **fluoro e senza Sodio Lauril Solfato** per l'igiene orale di routine
- Sforzarsi di mantenere un alto livello di **idratazione** sorseggiando acqua di frequente (se compatibile con il grado di disfagia). Prodotti per la dry mouth in commercio in forma di spray, gel, pasticche scelte secondo il gusto
- Vaporizzare acqua o prodotti lubrificanti sulle mucose e sulla lingua.
- Tutti metodi non validati

Table 6. Dry mouth products aimed at relief of dry mouth symptoms

Product	Instructions for use	Action of therapy
Biotène® Moisturising Mouth Spray	Spray onto oral soft tissues as required	Lubricant
Biotène® Dry Mouth Mouthwash	Rinse mouth with mouthwash to relieve oral dryness	Lubricant
Biotène® Oral Balance Moisturising Gel	Apply gel to oral soft tissues and teeth for relief of dryness. May be used under dentures to improve retention and dryness.	Lubricant
Colgate® Dry Mouth Relief Fluoride Mouthwash	Rinse mouth with mouthwash for relief of oral dryness as required	Coats oral tissues Lubricant Fluoride content to reduce risk of decay
Denta-Med Gel	Apply to oral tissues for relief of dry mouth symptoms.	Mucoadhesive gel Lubricant Saliva substitute
GC® Dry Mouth Gel	Smear gel over surfaces of teeth and mouth tissues. May be applied as required throughout the day and at night after normal oral hygiene.	Lubricant Stimulates salivary flow
Hamilton® Aquae® Dry Mouth Gel	Apply gel to oral tissues for relief of oral dryness.	Supplements normal saliva Lubricant
Hamilton® Aquae® Dry Mouth Spray	Spray on oral tissues for relief of oral dryness.	Supplements normal saliva Lubricant
OraCoat XyliMelts® for dry mouth	Stick XyliMelts® disc to outside of molar, gums, or dentures.	Moisturises mouth Stimulating salivary flow
Oral7® Moisturising Mouthwash	Rinse with mouthwash for relief of oral dryness.	Contains enzymes to substitute normal saliva Lubricant
Oral7® Moisturising Toothpaste	Complete normal toothbrushing with toothpaste.	Contains enzymes to substitute normal saliva No SLS to reduce irritation
Oral7® Moisturising Mouth Gel	Apply to teeth and oral soft tissues for relief of dry mouth symptoms.	Contains natural enzymes to reinforce functions of healthy saliva Soothes and protect gums

XEROSTOMIA provvedimenti

1. Aumentare umidità orale e flusso salivare
2. Mirare alla condizione sistemica sottostante
3. Prevenire la carie
 - Incrementare l'apporto di liquidi, sostituti della saliva, gomme allo xylitolo, succhiare caramelle senza zucchero-menta, rivedere o interrompere farmaci xerogenici; dieta a basso contenuto di zuccheri; adeguata integrazione di fluoro e prodotti al fluoro per rinforzare lo smalto.
 - Sostituti della saliva prima dei pasti e al bisogno: costosi, efficacia variabile, effetto di durata limitata.

Table 2. Management of xerostomia.

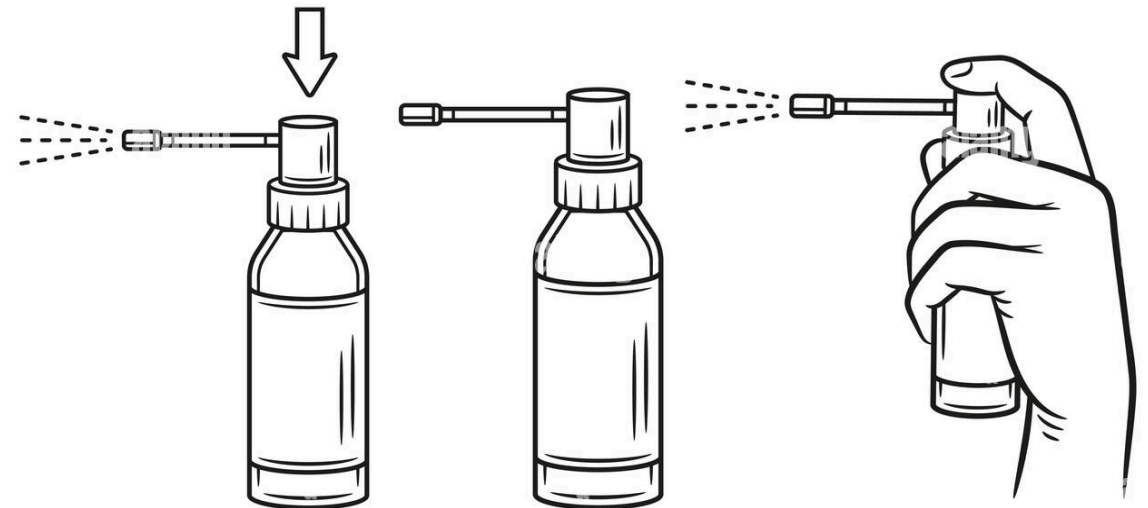
Treatment Strategies	Comment
Non-pharmacologic	Includes hydration, lozenges, chewing xylitol gum
Medication Review	Identify possible offending agent and, if possible, switch to a drug with less impact on salivation
Health Habits	Limit coffee, no tobacco use
Oral Hygiene	Regular dental checkups and cleaning, good home oral hygiene practices
Saliva substitute	Comes in sprays, lozenges, and gels that may be used before meals and as needed. Effect limited in duration, may alter taste, and can be expensive
Cevimeline	Stimulates muscarinic receptors. Dose 30 mg tid. May have fewer cardiac and/or pulmonary side effects than pilocarpine. Common side effects: nausea, headache, sweating
Pilocarpine	5 mg three to four times a day. Common side effects: nausea, headache, sweating
Physostigmine Gel	Physostigmine in gel applied to the inside of the lips and distributed with the tongue was superior to placebo

Sostituti della saliva

- Molto difficile produrre una sostanza che sostituisca la saliva.
- Non ugualmente efficaci per tutti.
- Gel, spray, paste, pastiglie.
- Alcuni contengono sostanze animali o derivati del latte e uova: il personale deve esserne a conoscenza per prescrizioni appropriate.
- I gel si applicano a tutte le parti della bocca, con le dita o con spazzolini morbidi, comprese labbra, lingua, guance e dovrebbero essere massaggiati.

Lubrificanti

- Indispensabili per le **LABBRA**
- Primo atto dell'Igiene Orale
- La rimozione di patine e stratificazioni dense o rapprese sulle **MUCOSE ORALI** (palato soprattutto) e sulla **LINGUA** ne rende necessario e preliminare l'uso.
- Oli vitaminici (integratori), gel e spray idratanti orali con azione lubrificante in commercio, mancano quasi sempre negli ospedali.
- Alternativa valida ed economica: olio di paraffina, olio di semi di sesamo, olio di oliva.
- Applicazioni frequenti (4-6 vv/dì)
- Evitare balsami per labbra e burro di cacao contenenti petrolati



SCIALORREA

Non necessariamente iperscialia:

- Disfagia, problemi della clearance orale, alterazioni posturali tronco-capo-collo, alterato controllo muscolare orofacciale, ostruzione nasale, mm. neurodegenerative.
- La saliva gocciola dalla bocca: bavagli, fazzoletti.
- Angoli della bocca irritati e dolenti, infiammazione.
- Aumento del rischio di carie e m. parodontale se associata a ristagno di cibo.



Difficile trattamento:

- Chirurgia sulle ghiandole salivari: rimozione, riduzione, ridirezionamento dei dotti
- Radioterapia sulle ghiandole salivari.
- Tossina botulinica con guida ecografica
- Agenti anticolinergici e antimuscarinici
- Interventi per ottimizzare postura e funzione oromotria
- Agenti mucolitici (es. succo di pompelmo) per assorbimento e tamponamento del cavo orale.

CHEILITI ANGOLARI trattamento

- Dipende dalla causa.
- Controllo e correzione protesi.
- Sollievo sintomatico: lubrificare le labbra con gel idratante orale, balsamo per labbra, crema emolliente.
- Creme all'acido fusidico o idrocortisone 1% direttamente sugli angoli delle labbra; antimicotici topici se origine fungina.



CANDIDOSI orale

Infezione sostenuta da un fungo. Può essere dovuta a: Immunosoppressione

- **Dry-mouth**
- Terapia con antibiotici o steroidi
- Protesi mal pulite

Cavo orale ambiente ideale per le infezioni micotiche perché umido e caldo. Candida presente normalmente e controllata da sistema immunitario efficiente.

Rottura dell'equilibrio = infezione



- Può essere asintomatica o causare dolore e/o difficoltà nel mangiare e deglutire
- Patina cremosa biancastra o chiazze rosse su palato, punta della lingua e altre zone della bocca
- **IGIENE ORALE** con minime dosi di dentifricio, igiene dentiere, idratazione c.orale. terapia antimicotica topica/sistemica

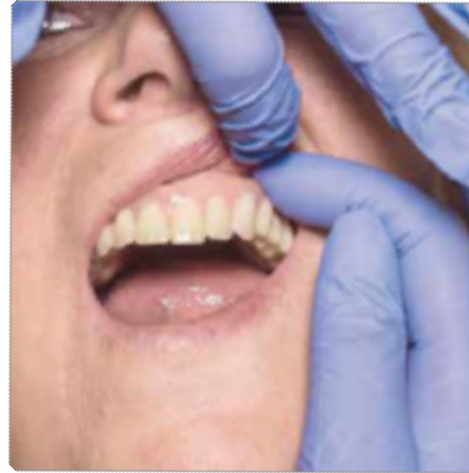
PROTESI

- Complete/parziali
- Acriliche/metaliiche
- Residui di cibo si accumulano facilmente devono essere rimossi quotidianamente
- Specialmente le acriliche ospitano microrganismi come la candida: infezioni micotiche e stomatiti da protesi
- Importante rimuovere le paste adesive sia dalla protesi che dalla bocca
- Incoraggiare l'uso autonomo



Protesi

- Se necessario aiutare il pz. a toglierle: far scorrere dito guantato dal bordo laterale per staccare la protesi dalla gengiva
- In ospedale etichettare i contenitori, ideale marcare la protesi col nome in fabbricazione.
- Pulire almeno 1 v/dì con spazzolino apposito e sapone non profumato, i dentifrici sono abrasivi
- Rimuovere di notte e immergere in acqua, acqua e disinfettante di tanto in tanto



Protesi

Appendix I: Denture Care

Adapted from: College of Dental Hygienists of Ontario. (2002). Oral health matters for denture wearers. www.cdho.org.

- Brush the denture(s), using a denture brush, regularly after each meal, or at least before bed to remove loose food debris, plaque and some stains. Rinsing dentures under water after meals will also remove loose food debris.
- Do not use scouring powders or other abrasive cleaners as they scratch the denture making it more susceptible to collecting debris, plaque and stain.
- Brush both the denture(s) and gums carefully. A soft toothbrush should be used for the gums. Be sure to clean and massage the gums.
- Use a separate brush for cleaning any natural teeth.
- If using a toothbrush is painful, try using a finger wrapped in a clean, damp cloth.
- Take dentures out every night, and soak them overnight. Soaking dentures loosens plaque and tartar. Removing the dentures for several hours helps to prevent gingival irritation and possible candidiasis infections.
- Soak dentures in warm water with a denture cleanser, or in a mix of warm water and vinegar 1:1 solution – (CDA, 2007). Soak dentures in warm water without vinegar if there are metal clasps on the dentures.
- After overnight soaking, rinse and brush the denture(s) as described above prior to wearing them for the day.

Denture Removal Technique



Persone edentule

- Spazzolatura delle gengive MINIMO 2 VV/dì, con dentifricio (British Dental Association).
- Garze imbibite per pulire le gengive di pazienti con dolori della bocca.
- Il cavo orale dovrebbe essere risciacquato bene con acqua per assicurarsi di rimuovere tutto il dentifricio, perché dà secchezza.
- Far sciacquare la bocca tra una spazzolatura e l'altra. Paziente disfagico: garze imbibite.
- Utilizzare idratanti o simili per mantenere le labbra morbide ed evitare secchezza e screpolature

RIFIUTO-ipersensibilità

- Le pratiche di igiene e cura della bocca sono spesso limitate da specifici comportamenti del paziente, interpretati come un rifiuto.
- Questa opposività può talvolta essere causata da **IPERSENSIBILITA' TATTILE ORALE - TH**, da anomalie nella percezione degli stimoli orali.
- Uno studio giapponese esamina l'efficacia della **TMH**, una tecnica per attenuare l'ipersensibilità, tra anziani istituzionalizzati, 2 vv/sett. per 3 mesi
- Risultati positivi.

The effectiveness of a desensitization technique for mitigating oral and facial tactile hypersensitivity in institutionalized older persons: A randomized controlled trial

Maki Shirobe ^a, Rena Hidaka ^b, Hirohiko Hirano ^{c,d}, Yuki Ohara ^c, Keiko Endo ^e, Yutaka Watanabe ^{c,f*}, Chiyoko Hakuta ^e



Figure 2 Methodology of the technique for mitigating tactile hypersensitivity (TMH). An area with TH was touched with the palm (left), and a finger was held there till the change in the participant's facial expression subsided (right). This method was repeated for all other areas with TH. The pictures are displayed with permission from the participant. TH: tactile hypersensitivity.

RIFIUTO



Resistant to
mouth care



Oral health

to maintain the best possible oral health
whilst in hospital

IPERSENSIBILITA' - NHS Health Education England



Management

Sometimes, hypersensitivity can be treated with medication. Oral hypersensitivity can also be managed by using desensitisation techniques. These techniques should be applied whenever you are approaching a patient to reduce discomfort and improve compliance with care.

Tip – it may be useful to try at first with no toothpaste or use mild flavoured toothpaste such as a children's toothpaste or non-flavoured toothpaste such as Oranurse.



Desensitisation procedure

1. Ensure patient is sitting upright with optimal positioning for a stable base. You may need to give extra support with pillows etc.
2. Explain what you are going to be doing for each step. E.g. "I am going to stroke your cheek now". Try to use a calm, reassuring voice.
3. In order to gradually get accustomed to touch, start with the hands. Touch the person's hands firmly.
4. Then touch the top of the arms, again firmly.
5. Touch the shoulders firmly with both hands.
6. Touch the top of the head with both hands.
7. Support the jaw from the front with one hand. Maintain this contact throughout the oral care procedure, as this will give stability.
8. Press firmly above upper lip before you introduce the toothbrush in the mouth.
9. Press firmly below lower lip before you introduce the toothbrush in the mouth at the lower gums.
10. If patient shows hypersensitivity at any stage, stop, go back to the previous step and continue. This technique is designed to build tolerance and should not be rushed.

For further support or for advice on specific patients, please speak to the treating Speech & Language Therapist who may be able to help.

ORAL HYPERSENSITIVITY



Key points

- Oral hypersensitivity is common in people who have had a brain injury.
- There may be lots of different triggers in the environment e.g. loud noises, soft touch, bright lights and these may vary between individuals.
- A multi-disciplinary approach is needed to manage oral hypersensitivity including nursing staff, speech and language therapists, occupational therapists, physiotherapists, medical and dental teams.



What causes oral hypersensitivity?

Hypersensitivity is caused by a combination of oral sensory and motor impairment following a brain injury.



Signs of oral hypersensitivity

The most common signs of oral hypersensitivity are withdrawal responses such as:

- Reduced tolerance to touch around the mouth/face
- Startling
- Lip pursing
- Facial grimacing
- Bite reflex/grinding teeth

However, hypersensitivity may also extend to the rest of the body, including the trunk and limbs.

Implications of oral hypersensitivity

- Difficulty with performing mouth care
- Poor oral hygiene as a result of the above
- Difficulties with swallowing and speech
- Increased risk of pneumonia, particularly when there is also a swallowing difficulty
- Trauma from lip/tongue/mouth biting/ grinding teeth
- Trismus (reduced jaw-opening)

Nutrizione enterale

Quando il paziente è in NE la bocca viene ignorata del tutto

Bocca non utilizzata: movimenti e forza linguale deboli o assenti; alterazioni della salivazione, ambiente predisposto a proliferazione patogena e micosi

IGIENE ORALE INDISPENSABILE

Spazzolatura 2 volte al giorno

Frequenti proposte di assaggi minimi, ghiaccio, aromi, per sollievo e evitare i danni da non uso

INSEGNARE AI CAREGIVERS

PEG:

- Accumulo di grandi quantità di tartaro
- Reflusso gastro-esofageo con rischio di erosione dentale
- Integratori altamente energetici contengono livelli alti di zucchero e saccarosio: ancor più importante pulizia accurata dei denti

SNG:

- aumenta la colonizzazione nasofaringea
- Favorisce colonizzazione patologica dell'orofaringe
- Mal posizionato o tenuto a lungo, formazione di decubiti – DOLORE
- Reflusso di contenuto gastrico – erosione dentale - ASPIRAZIONE

Terminalità

- “Non poter più dare da mangiare” è un lutto
- Esperienza angosciante della perdita dell’ultimo lembo di relazione con il proprio caro
- La comunicazione non ha più canali
- Dare sollievo e procurare attimi di piacere è ancora possibile trasformando piccoli gesti dell’igiene orale in occasioni di buccalità
- Il sollievo è a doppio senso. Benessere al paziente e gratificazione a chi lo assiste.

“La speranza è fatta di molti ingredienti... Il primo ingrediente è il whisky trasformato in ghiaccio nel surgelatore e poi grattugiato sulla lingua. Da quando infatti non riesce più a deglutire, Mr. Bleigh non fa che ripetere che la cosa che gli manca di più è il suo cicchetto preferito. Allora... Claudia, la sua infermiera, ha pensato che una pioggia di schegge ghiacciate sulle papille gustative subito sciolta dal calore delle mucose può fare lo stesso effetto del cicchetto, e anzi meglio perché l'alcool viene assorbito di più e più in fretta rispetto alla semplice ingestione.”

Emmanuel Exitu, “Di cosa è fatta la speranza” Il romanzo di Cicely Saunders, che si è presa cura degli incurabili

Tracheostomia

Paziente tracheostomizzato



- Alterazione dei meccanismi fisiologici, dell'idratazione, della salivazione, della masticazione e dei movimenti linguali alla base dell'integrità della bocca.
- Impedimento al riflesso della tosse, ai meccanismi di filtrazione nasale
- Farmaci, Ossigeno contribuiscono a xerostomia, infiammazioni, lesioni e deterioramento del c.o. con colonizzazione di Gram-negativi.



Cura regolare e frequente dell'igiene orale
fino a una volta ogni 2 ore

Tracheostomia

Comunicare verbalmente e visivamente tutto ciò che stiamo per fare: è un paziente delicatissimo completamente impotente

- Lavaggio mani , guanti, mascherina, occhiali
- Rimuovere eventuali protesi
- Saggiare ipersensibilità e dolore
- Inumidire lo spazzolino con acqua e collutorio
- Iniziare a spazzolare dai molari agli incisivi

Tracheostomia

“...Avete mai provato a parlare senza che dalla bocca esca alcun suono? Nel mio caso l’evento bizzarro si chiama tracheotomia.

Quando da non so quale mondo sono riaffiorato in questa vasca di pesci rossi ove mi trovo adesso, lei, la tracheotomia, era lì. Un buco, un buco da cui dipendeva la mia vita... provate voi a dire che avete una sete d’inferno a un interlocutore che non capisce e che vi guarda con occhi vacui o, addirittura peggio, compassionevoli, e, senza comprendere, quindi lasciandovi senza bere, vi dà un buffettino ripetendovi “Tranquillo, tranquillo”, andandosene con la palese espressione di chi pensa: “Ma che cazzo avrà detto questo qui?”

Marco Venturino, “Cosa sognano i pesci rossi”

Tracheostomia

Disfagia

- Cuffiare la cannula durante l'esecuzione dell'I.O.
- Spazzolini da aspirazione
- Pulizia della lingua
- Riflessi patologici: non strumenti duri

Edentulia

Spugnette orali non schiumate

Garze avvolte intorno a strumenti flessibili

Strofinare sempre dall'interno all'esterno



Pulire anche la lingua

Aspirazione meccanica per saliva, e residui

Appendix 9: List of Non-Foaming/Anti-calculus Toothpastes

The foaming agent in toothpaste is sodium lauryl sulphate (SLS). All the following toothpastes are SLS-free.

The list is complete at time of publishing, but subject to change.

SLS Free Toothpastes	Age group		Fluoride concentration
Aquafresh Children Little Teeth	Over 3 years		1400ppm
Pronamel	Over 3 years		1450ppm
Sensodyne Gum Protection	Over 3 years		1450ppm
Bioxtra	Over 3 years		1450ppm
OraNurse Unflavoured	Over 3 years		1450ppm
Ultradex	Under 3 years		1000ppm
Biotene	Under 3 years		1000ppm

NB: Duraphat Toothpaste 5000ppm contains less SLS than Duraphat 2800ppm

Anti-tartar toothpastes		Anti-calculus agent
Aquafresh tartar-control whitening		Tetrapotassium/tetrasodium pyrophosphate
Sensodyne Tartar-control plus whitening		Tetrapotassium/tetrasodium pyrophosphate
Oral B Pro-expert Whitening/All-round protection		Sodium hexametaphosphate
Oral B Proexpert Sensitive toothpaste		Sodium hexametaphosphate
Sensodyne Total Care		Zinc compounds
Colgate Total		Triclosan, copolymers

Appendix 8: Suction/aspirating toothbrushes and oral care products available in Wales (Website addresses / Product lists are not exhaustive and subject to change)

Suction / Aspirating toothbrushes		Ordering
Kimberly-Clark Kim Vent: Ready care oral care		www.vap.kchealthcare.com
Oro-Care 2 Oro-Care Aspire suction toothbrush Oro-care sensitive oral suction wand		www.intersurgical.co.uk
Plaq-Vac		USA ordering

Toothbrushes for patients with limited cooperation		Ordering
Dr Barman's superbrush		www.dentocare.co.uk
Collis-Curve toothbrush		www.colliscurve.co.uk

Finger protection		Ordering
Dental shield		www.dentocare.co.uk
Open wide disposable mouth rest		www.dentocare.co.uk

Dry mouth / xerostomia		Ordering
Biotene gel/spray		www.dentocare.co.uk
Bioxtra gel/spray		www.dentocare.co.uk











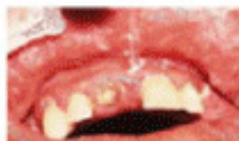







Consigli – grado di gravità

Table 3. Oral hygiene recommendations based on dysphagia severity and common speech-language pathology interventions.		
Dysphagia severity*	Explanation and SLP interventions	Oral hygiene recommendations
1. Minimal dysphagia	Slight deviance from normal swallow on videofluoroscopy Patient reports change in sensation during swallow No change in diet	Normal oral hygiene – i.e., twice daily toothbrushing with fluoridated toothpaste
2. Mild dysphagia	Dysphagia managed by specific swallow techniques Slightly modified diet	Toothbrushing: with high fluoride or low foaming toothpaste Interdental cleaning: flossing, interdental brushes Frequency: at least twice daily
3. Mild-moderate dysphagia	Potential for aspiration exists Diminished by specific swallow techniques and modified diet Eating time significantly increased Supplemental nutrition may be indicated	
4. Moderate dysphagia	Significant potential for aspiration Trace aspiration of one or more consistencies on videofluoroscopy Specific techniques implemented to minimise aspiration Supervision during mealtimes May require supplemental nutrition orally or via feeding tube	Toothbrushing: with high fluoride or low foaming toothpaste Frequency: after each meal If unable to tolerate foaming of toothpaste, follow measures for severe dysphagia
5. Moderately severe dysphagia	Aspirates 5–10% on one or more consistencies Cough reflex absent or non-protective Alternative mode of feeding required, nil by mouth may be indicated	Toothbrushing: dry/damp, no toothpaste Topical application of fluoride product with swabbing to remove excess
6. Severe dysphagia	More than 10% aspiration for all consistencies Nil by mouth recommended	Frequency: at 1–2 times daily

*Dysphagia severity ratings based on classification developed by Waxman et al. (1990)

Bedside Oral Exam (BOE)

Perform each Shift

Category	Methods of Measurement	Numerical and Descriptive Ratings		
		1 Normal	2 Moderate Dysfunction	3 Severe Dysfunction
Swallow	Observe while patient swallows, check gag reflex	Normal swallow	Pain or difficulty with swallow	Unable to swallow <i>(intubated, absent gag)</i>
Lips	Observe	 Smooth, pink	 Dry or cracked	 Ulcerated or bleeding
Tongue	Observe appearance of tissue	 Pink, moist, papillae present	 Coated or loss of papillae with shiny appearance, with or w/o redness	 Blistered, cracked, or bleeding
Saliva	Observe Use tongue blade, touching the center of tongue and floor of mouth <i>(optional)</i>	 Watery	 Thick or ropy	 Absent
Mucous Membranes	Observe appearance of tissue	 Pink, moist	 Red or coated, no ulcers	 Ulcers with or w/o bleeding
Gingiva	Observe Use tongue blade, may gently press tissue with tip of blade <i>(optional)</i>	 Pink, firm	 Edema, with or w/o redness; with or w/o bleeding	 Bleeds easily
Teeth or dentures	Observe appearance of teeth or denture	 Clean or no teeth	 Local debris (between teeth)	 General debris, decay
Odor	Smell	Normal	Slightly to moderately foul	Strong foul odor