

Fixare

SUPLEMENTO ALIMENTAR EM COMPRIMIDO REVESTIDO



Inovação além da saúde óssea

Fixare® é um suplemento vitamínico-mineral desenvolvido para complementar a alimentação composto por cálcio citrato malato (CCM), vitamina D3, vitamina K2 e bisglicinato de magnésio. OPADRY®EZ, High Performance Film Coating System, é uma tecnologia de revestimento de comprimido que facilita a deglutição quando comparado a comprimidos não revestidos*.

ESTE PRODUTO NÃO É UM MEDICAMENTO. NÃO EXCEDER A RECOMENDAÇÃO DIÁRIA DE CONSUMO INDICADA NA EMBALAGEM. MANTENHA FORA DO ALCANCE DE CRIANÇAS.

* Vitamina D3, Vitamina K2 e Magnésio.



S A C
0800 191222

*Opadry® EZ é uma marca registrada de BSH Holdings LLC.

EMPRESA: _____
 DEPTO. MARKETING: _____
 DEPTO. REGISTRO: _____
 DESENHO EMBALAGEM (Plano de Produto): _____
 DESENHO EMBALAGEM (Laboratório): _____
 P&D Laboratório: _____

Revisão nº 05 - 12/08/2019
 João Loureiro
 J. Loureiro@bsh.com.br

Fixare – Folheto
 CÓDIGO DO MATERIAL: 081882
 CÓD. PRODUTO: 314471511442/081884
 FACA: N/A
 DIMENSÕES: 2,0 x 1,9 x 2 mm
 LARGURA: 18,82

EMMS Prescrição

C/AN
 MAGENTA
 AMARELO
 PRETO

085882

Modo de Uso: Uso adulto. Tomar 1 comprimido revestido ao dia por via oral, preferencialmente junto com uma das refeições. Os comprimidos revestidos devem ser ingeridos com água ou um pouco de líquido.

CUIDADOS DE CONSERVAÇÃO E ARMAZENAMENTO:
 Manter em temperatura ambiente (15°C a 30°C). Proteger da luz e manter em lugar seco.

Ingredientes: Citrato malato de cálcio, Bisglicinato de magnésio, Menaquinona-7, Maltodextrina, Colecalciferol e Triglicérides de cadeia média. Antiumectantes: Dióxido de silício e Estearato de magnésio. Corantes: Dióxido de Titânio, Óxido de ferro amarelo e Óxido de ferro vermelho. Emulsificante: Monocaprilato de glicerila. Espessante: Goma Guar. Estabilizantes: Celulose microcristalina e Crosscarmelose sódica. Glaceantes: Copolímero enxertado de álcool polivinílico e polietilenglicol, Talco, Hidroxipropilmetilcelulose e Polivinil álcool. **NÃO CONTÉM GLÚTEN.**

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 1,872 g (1 comprimido revestido)		
Quantidade por porção		% VD (*)
Vitamina D3	1000 UI	500 %
Vitamina K2	90 mcg	138 %
Cálcio Elementar	250 mg	25 %
Magnésio	65 mg	25 %

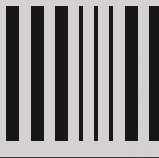
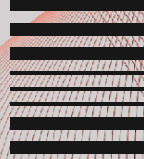
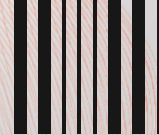
* Não contém quantidade significativa de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio.

* % Valores Diários com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Saúde Óssea. Os ossos são tecidos vivos em constante transformação. Do nascimento à vida adulta e velhice o sistema esquelético está em permanente atividade. Nas primeiras décadas de vida predominam o desenvolvimento e enrijecimento. A descalcificação e a perda de massa óssea são processos fisiológicos naturais que ocorrem a partir da terceira década de vida. Nessa fase ocorre um desequilíbrio entre os osteoclastos (células que destroem o osso) e os osteoblastos (células que o repõem), predominando o desgaste ósseo. O pico de massa óssea ocorre em torno dos 20-25 anos de idade. Por isso, quanto maior a aquisição de massa óssea, melhor será a reserva com o avanço da idade e menor a incidência de fraturas e doenças na velhice¹.

Osteopenia e Osteoporose. A perda da massa óssea mais acentuada que a esperada para determinada idade, nos estágios iniciais, é chamada osteopenia. A progressão da doença leva à grave desmineralização óssea chamada de osteoporose (fase avançada da doença), responsável por fraturas

LACTUS-1082



ósseas, perda da qualidade de vida e aumento do risco de mortalidade¹.

Impactos da Osteoporose na Vida do Paciente. A osteoporose é uma doença de instalação silenciosa. O primeiro sinal pode aparecer somente na fase mais avançada – fratura espontânea de um osso poroso e muito fraco, a ponto de não suportar nenhum trauma ou esforço por menores que sejam. Por isso, qualquer fratura não justificada pelo mecanismo e impacto do trauma pode significar osteoporose¹. A fratura, real problema atrelado à osteoporose, pode ocasionar inúmeros problemas à qualidade de vida do indivíduo. Cerca de 80% dos pacientes que sofrem fratura de quadril se tornam incapazes de realizar pelo menos uma atividade de vida diária após um ano e 30% apresentam incapacidade permanente².

Importância da Suplementação. A osteoporose tem múltiplos fatores, um deles está relacionado com estilo de vida e nutrição. É importante ressaltar que bons hábitos de vida e o consumo adequado de nutrientes estão associados à saudável constituição da massa óssea³. Porém, o recente estudo BRAZOS demonstrou que 99% da população brasileira não consome a quantidade diária necessária de cálcio, 99,3% de vitamina D₃ e 80% de vitamina K e magnésio⁴.

🍷 Cálcio Citrato Malato. O cálcio auxilia na formação e manutenção de ossos e dentes, na coagulação do sangue, no funcionamento neuromuscular, processo de divisão celular e no metabolismo energético.

🍷 Vitamina D₃. A vitamina D auxilia na formação de ossos e dentes, na absorção de cálcio e fósforo, no funcionamento do sistema imune, no funcionamento muscular, na manutenção de níveis de cálcio no sangue, no processo de divisão celular.

🍷 Vitamina K₂. A vitamina K auxilia na coagulação do sangue e na manutenção dos ossos.

🍷 Magnésio. O magnésio auxilia na formação de ossos e dentes, no metabolismo energético, no metabolismo de proteínas, carboidratos e gorduras, no equilíbrio dos eletrólitos, no funcionamento muscular, no funcionamento neuromuscular, no processo de divisão celular.

Referências

1. International Osteoporosis Foundation. Acessado em 27/01/2016. Fonte: <http://www.foibehealth.org/what-is-osteoporosis>. 2. Coopers C. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. (Am J Med. 1997;103(2A):125-175; discussion 175-195-3. Pinto Neto AM et al. Brazilian Consensus on Osteoporosis. Ver Bas Reumatol. 2002; 4(6): 4. Pinheiro MM, et al. Antioxidant intake among Brazilian adults – the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS): a cross-sectional study. Nutr J. 2011;25(10):39-5. Patrick L. Comparative Absorption of Calcium Sources and Calcium Citrate Malate for the Prevention of Osteoporosis. Altern Med Rev. 1999;4(2):74-85. 6. Dawson-Hughes B, et al. Effect of Calcium and Vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. N Engl J Med. 1992;337:670-6. 7. Ashmead HD. Comparison of absorption of calcium carbonate and calcium citrate malate. Abstr Advanced Nutrition Research Report. 2007; 8. Grudtner V, et al. Absorption aspects of calcium and vitamin D metabolism. Rev Bas Reumatol. 1997;27(3):143-51. 9. Avolio G et al. The role of vitamin D3 and osteocalcin in the bone metabolism: a necessary analysis to optimize the osteointegration. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(3):347-50. 10. Szulc P et al. Serum undercarboxylated osteocalcin is a marker of the risk of hip fracture: a three year follow-up study. Bone. 1996;18(5):487-8. 11. O'Connor E, et al. Serum percentage undercarboxylated osteocalcin, a sensitive measure of vitamin K status, and its relationship to bone health indices in Danish girls. Br J Nutr. 2007;97(4):661-6. 12. Van Summeren WJ, et al. Vitamin K status is associated with childhood bone mineral content. Br J Nutr. 2008;100(8):52-8. 13. Kim W, et al. Relationship between vitamin K status, bone mineral density, and hs-CRP in young Korean women. Nutr Res Pract. 2010; 4(6):507-14. 14. Kidd PM. Vitamin D and K as pleiotropic nutrients: clinical importance to the skeletal and cardiovascular systems and preliminary evidence for synergy. Altern Med Rev. 2010;15(3):199-222. 15. Gallegos JM, et al. Dietary intake of menaquinone is associated with a reduced risk of coronary heart disease: the Rotterdam Study. J Nutr. 2004;134(11):3100-5. 16. Beulens JW, et al. High dietary menaquinone intake is associated with reduced coronary calcification: Atherosclerosis. 2009;20(2):469-93. 17. Geleijnse JM, Vermeer C, Grobbee DE, et al. Dietary intake of menaquinone is associated with a reduced risk of coronary heart disease: the Rotterdam Study. J Nutr. 2004;134(3):3100-5. 18. Knapen MH, et al. These year low-dose menaquinone-7 supplementation helps decrease bone loss in healthy postmenopausal women. Osteoporos Int. 2013;24(9):2499-507. 19. Orchard TS, et al. Magnesium intake, bone mineral density, and fractures: results from the Women's Health Initiative Observational Study. Am J Clin Nutr. 2014; 99(4):926-33. 20. Sojka JE, and Weaver CM. Magnesium supplementation and osteoporosis. Nutr Rev. 1995;53(3):71-4. 21. Rude RK, et al. Skeletal and hormonal effects of magnesium deficiency. J Am Coll Nutr. 2009;28(2):131-41. 22. Castiglioni S, et al. Magnesium and Osteoporosis: Current State of Knowledge and Future Research Directions. Nutrients. 2013; 5(8): 3022-33. 23. Wilson C, et al. Modern Tablet Film Coatings and Influence on Ease of Swallowing. Colorcon, Inc. 2006. 24. Pedrosa MAC and Castro ML. Papel da Vitamina D na Função Neuro-Muscular. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005; 49(6):495-502. 25. Schurgers LJ, Cramerburg EC, Vermeer C. Matrix Gla-protein: the calcification inhibitor in need of vitamin K. Thromb Haemost. 2008; 100(4):599-603. 26. Marques CDL, Damas AT, Fragoço TS. Duarte ALBP. A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. Ver Bas Reumatol. 2010;50(1):67-80. 27. Giannanco M, Di Majo D, Leto G. The Role of Vitamin K in Bone Remodeling and Osteoporosis. Journal of Food Research. 2012;1(4):106-23.



Fabricado por NOVAMED FABRICAÇÃO
DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
Embalado por EMS S/A - Horizontândia/SP
Indústria brasileira

Av. Torquato Tapajós, nº17.703, Área de Transição URB, Manaus/AM
CEP: 69441-025 - CNPJ: 12.424.020/0001-79