

Fixare



Inovação além da saúde óssea ²⁴⁻²⁷

Fixare é um suplemento vitamínico-mineral composto por cálcio citrato malato (CCM), vitamina D3, vitamina K2 e magnésio desenvolvido para complementar a alimentação.

OPADRY II, *High Performance Film Coating System*, é uma tecnologia de revestimento de comprimido que facilita a deglutição quando comparado a comprimidos não revestidos.²³

OPADRY II é uma marca registrada de BSPI Holdings LLC.



“CONSUMIR ESTE PRODUTO CONFORME A RECOMENDAÇÃO DE INGESTÃO DIÁRIA CONSTANTE DA EMBALAGEM.”

“GESTANTES, NUTRIZES E CRIANÇAS ATÉ 3 (TRÊS) ANOS, SOMENTE DEVEM CONSUMIR ESTE PRODUTO SOB ORIENTAÇÃO DE NUTRICIONISTA OU MÉDICO.”

“SE FIZER USO DE ALGUM MEDICAMENTO ANTAGONISTA DA VITAMINA K, INFORME SEU MÉDICO.”

084795

Código do Material: 084795

Dimensões:.....240 x 162 mm
Material:.....Papel sulfite
Cor:.....CMYK (4x4)
Nº da Arte:.....BU-2108
LAETUS:.....454

Programa:Illustrator CC (MAC)
Prova nº: .04final 26/04/2016
Designer: Mariana
EMS

Modo de Uso

Tomar 1 comprimido revestido ao dia por via oral. Os comprimidos 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, malato de cálcio, vitamina K2, coquelciferol. Antiumectante: Dióxido de silício. Corante: dióxido de titânio, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro vermelho. Estabilizante: celulose microcristalina, croscarmelose sódica. Glaceante: polivinil álcool, talco. Lubrificante: estearato de magnésio. Veículo: polietileno glicol. **NÃO CONTÉM GLÚTEN.**

Tabela Nutricional

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 1,648 g (1 comprimido revestido)		
Quantidade por porção		% VD (*)
Vitamina D3	5 mcg	100%
Vitamina K2	32,5 mcg	50%
Cálcio	250 mg	25%
Magnésio	32,5 mg	12,5%

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

BU-2108 / LAETUS-454

APROVAÇÃO DE ARTE FINAL

ÁREA	VISTO	DATA
Desenv. Embalagem Nature's	_____	_____

APROVAÇÃO DE ARTE FINAL

ÁREA	VISTO	DATA
Desenv. Embalagem	_____	_____
Depto. de Marketing	_____	_____
P e D Nature's	_____	_____
Registro de Produto	_____	_____



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. Cálcio citrato malato (CCM) resulta de uma combinação de cálcio com ácido cítrico e ácido málico. Essa alteração do mineral o transforma em elemento orgânico, altamente biodisponível. Ou seja, CCM apresenta alta absorção e melhor utilização pelo organismo^{5,7}. O CCM é altamente absorvido pelo organismo e apresenta segurança comprovada.

🍷 Vitamina D3. A vitamina D3 é essencial no processo de formação e reabsorção óssea, pois auxilia a absorção de cálcio no intestino e seu transporte até o osso. Além disso, essa vitamina também estimula produção de osteocalcina no osso^{8,9}. Esta proteína, secretada pela célula óssea chamada osteoblasto, é responsável pela mineralização no tecido ósseo⁸.

🍷 Vitamina K2. Estudos científicos mais recentes têm revelado o papel fundamental da vitamina K em construir e manter os ossos saudáveis¹⁰⁻¹³. Os osteoblastos, células formadoras ósseas, produzem uma proteína dependente da vitamina K chamada osteocalcina, que ajuda a fixar o cálcio na matriz óssea. A osteocalcina aumenta o conteúdo mineral ósseo, aumentando a resistência do

esqueleto, tornando-o menos suscetível às fraturas¹⁰⁻¹³. Além disso, a suplementação com vitamina K2 é essencial para direcionar o cálcio corretamente para os ossos e impedir o seu depósito nas artérias, minimizando o risco de calcificação vascular¹⁴⁻¹⁸.

🍷 Magnésio Quelato. O magnésio tem se apresentado como importante fator na qualidade da matriz óssea, podendo favorecer a dureza do osso. Em estudo recente com mulheres menopausadas, a suplementação de magnésio resultou na prevenção de fraturas e significativo incremento de densidade mineral óssea¹⁹. Portanto, níveis adequados deste mineral são necessários para a adequada metabolização do cálcio. A deficiência de magnésio pode ocasionar hipocalcemia e impedir a ação da vitamina D na absorção do cálcio, provocando cessação do crescimento ósseo, diminuição das células ósseas, osteopenia e fragilidade óssea²⁰⁻²². O magnésio quelato é altamente biodisponível.

Referências

1. International Osteoporosis Foundation. Acessado em 27/01/2016. Fonte: <http://www.iofbonehealth.org/what-is-osteoporosis>
2. Cooper 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 Bras Reumatol. 2002;42(6).
4. Pinheiro MM, et al. Antioxidant intake among Brazilian adults—the Brazilian Consensus Study (BRAZOS): a cross-sectional study. Nutr J. 2011;25:1039-51.
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. 1997;337:670-6.
7. Ashmead HD. Comparison of absorption of calcium carbonate and calcium citrate malate. Albion Advanced Nutrition. Research Report. 2007.
8. Grütner VS et al. Absorption aspects of calcium and vitamin D metabolism. Rev Bras Reumatol. 1997;37(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 MJ, et al. Vitamin K status is associated with childhood bone mineral content. Br J Nutr. 2008;100:852-8.
13. Kim M, 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. Vitamins 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. Geleijnse 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;203(2):489-93.
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;134:3100-5.
18. Knapen MH, et al. Three-year low-dose menaquinone-7 supplementation helps decrease bone loss in healthy postmenopausal women. Osteoporosis 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(4):495-502.
25. Schurgers LJ, Granenburg EC, Vermeer C. Matrix Gla-protein: the calcification inhibitor in need of vitamin K. Thromb Haemost. 2008; 100(4):593-603.
26. Marques CDL, Dantas AT, Fragoso TS, Duarte ALBR. A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. Ver Bras Reumatol 2010;50(1):67-80.
27. Giammanco 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 e comercializado por EMS S/A Indústria brasileira | Rua Com. Carlo Mário Gardanom 450, São Bernardo do Campo - SP. CEP 09720-470 - CNPJ 57.507.378/0001-01

