

1. Pachón J, Viciano P. Fiebre sin focalidad en urgencias. En: Picazo J, Romero J, editores. *Conceptos actuales en enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Madrid: Ediciones Eurobook SL., 1996; 1-14.
Capítulo que hace referencia a la actitud diagnóstica que se ha de seguir ante una fiebre sin focalidad en Urgencias. Se analizan de forma detallada las posibles causas de dichos procesos, en especial las infecciosas. Además, se hace referencia al síndrome de duración intermedia centrándose tanto en las probables etiologías como en la actitud recomendada.
2. Bernabeu Wittel M, Cordero E, Viciano P, Pachón J. Etiología y criterios de ingreso en el síndrome febril sin focalidad. *Med Clin (Barc)* 1999; 113:718-19.
En esta Carta al Director se define el concepto de síndrome febril de duración intermedia y se describe, mediante una serie prospectiva de 505 pacientes con SFDI, sus características epidemiológicas. La etiología más frecuente eran los procesos infecciosos (70%), destacando un 37% producido por rickettsiosis. En el 18,7% de los casos el proceso febril se autolimitó.
3. Bernabeu Wittel M, Pachón J, Alarcón A, López Cortés LF, Viciano P, Jiménez Mejías ME, et al. Murine typhus as a common cause of fever of intermediate duration. A 17-year study in the south of Spain. *Arch Intern Med* 1999; 159:872-876.
Estudio centrado en las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de 926 casos de fiebre de duración intermedia, observándose la alta prevalencia de tifus murino como causa de ésta en nuestro medio.
4. Lozano de León F, León Jiménez EM, Gómez Mateos JM, Corzo Delgado JE. Fiebre de origen desconocido: actitudes diagnósticas. *Medicine* 1998; 77:3558-3566.
Revisión en castellano de Fiebre de Origen Desconocido, analizando las diferentes etiologías y separando la actitud diagnóstica en etapas sucesivas. Además, se detallan la subcategoría "fiebre episódica recurrente" y la FOD en la infección por el VIH.
5. Ruiz Galiana J. Aproximación diagnóstica al enfermo con fiebre. *Medicine* 1994; 69:3027-3033.
Artículo en castellano en el que se detallan las probables causas y la actitud diagnóstica que se ha de seguir ante un paciente con fiebre. Se remarcan los aspectos que en la historia clínica y en la exploración física nos pueden ayudar al diagnóstico, así como a las pruebas complementarias más rentables.

6. Durack DT, Street AC. Fever of unknown origin—reexamined and redefined. En: Remington JS, Schwartz MN, eds. Current Clinical Topics in Infectious Diseases. St. Louis: Mosby-Year Book Inc., 1991; 35-51.
Clásico artículo en el que se redefine la fiebre de origen desconocido inicialmente descrita por Petersdorf y Beeson, impulsando la diferenciación por categorías en FOD clásica, en neutropénicos, en la infección por el VIH y nosocomial. Además, modifica la idea de requerir el ingreso hospitalario para el estudio de la fiebre de origen desconocido, permitiendo el estudio ambulatorio cuando las condiciones clínicas y de accesibilidad del paciente lo permiten.
7. De Kleijn EHA, Vandenbroucke JP, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO): I. A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. *Medicine (Baltimore)* 1997; 76:392-400.
8. De Kleijn EHA, van Lier HJJ, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO): II. Diagnostic procedures in a prospective multicenter study of 167 patients. *Medicine (Baltimore)* 1997; 76:401-414.
En estos dos artículos se realiza una magnífica revisión de fiebre de origen desconocido en el que, de una forma prospectiva y durante 2 años, se incluyeron 167 pacientes no inmunodeprimidos en 8 hospitales universitarios alemanes. Se recomienda un protocolo estandarizado de actuación diagnóstica para minimizar en lo posible el número de pruebas para llegar al diagnóstico, el cual se basa en un análisis retrospectivo de los estudios realizados hasta el momento de la publicación del artículo.
9. Arnow PM, Flaherty JP. Fiebre de origen desconocido. *Lancet* 1997; 350: 575-580.
Artículo de revisión en el que se analizan, de forma detallada, las causas de fiebre de origen desconocido, así como las claves para su diagnóstico. Aporta, además, una bibliografía recomendada al respecto, separándolas por etiología, diagnóstico, enfermedades infecciosas, neoplasias, enfermedades del tejido conectivo y miscelánea.
10. Bentley DW, Bradley S, High K, Shoenbarum S, Taler G, Yoshikawa TT. Practical guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities. *Clin Infect Dis* 2000; 31:640-53.
Guía de práctica clínica que hace referencia al manejo de un síndrome febril en pacientes atendidos en residencias geriátricas. A diferencia de los artículos previos, posee la peculiaridad de que se detallan las recomendaciones basándose en niveles de evidencia y grados de recomendación.
11. Mellors JW, Horwitz RI, Harvey MR, Horwitz SM. A simple index to identify occult bacterial infection in adults with acute unexplained fever. *Arch Intern Med* 1987; 147:666-71.
Se trata de un original que analiza los posibles factores que pudieran predecir ante una fiebre de menos de 3 semanas de evolución y sin foco aparente si ésta está causada por una infección bacteriana oculta. La edad superior a 50 años, la presencia de diabetes mellitus, la leucocitosis superior a 15.000/mm³, la neutrofilia superior a 1.500/mm³ y la VSG por encima de 30 mm a la primera hora fueron las variables detectadas como predictoras. La presencia de 3 o más de éstas estaba presente en el 55% de los pacientes que finalmente presentaron una infección bacteriana.

12. Rivero A, Zambrana JL, Pachón J. Fiebre de Duración Intermedia. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2003; 21 : 145 - 50.

Se trata de un artículo de revisión donde se definen y analizan los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la fiebre de duración intermedia. En el artículo se propone un protocolo de manejo de los pacientes desde un punto de vista internivel.