

update

en ginecología y obstetricia

Revista UPDATE en Ginecología y Obstetricia
Edición para la República del Uruguay
Año 3 - Nº 7 - Julio 2026 - ISSN en trámite





UPDATE EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Revista Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia

Edición para la República Oriental del Uruguay

Año 3 – Nº 7 - Julio 2026 - ISSN en trámite

Editorial Sciens - www.sciens.ar

Director: Héctor Alejandro Serra

Director Ejecutivo: Pablo Terrens

Misión Editorial

Update en Ginecología y Obstetricia es una publicación científica latinoamericana dedicada a la actualización clínica y académica en ginecología, obstetricia y salud integral de la mujer. Su objetivo es promover la educación médica continua, el análisis crítico de la evidencia científica y el uso racional de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en la práctica gineco-obstétrica. La revista publica artículos de revisión, actualizaciones, consensos, documentos de interés profesional e investigaciones originales vinculadas con ginecología general, obstetricia, medicina materno-fetal, endocrinología ginecológica, climaterio, salud sexual y reproductiva, oncoginecología, cirugía ginecológica y medicina basada en evidencia.

Declaración Editorial

Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan

necesariamente la posición de la Dirección, del Comité Editorial ni de la Editorial.

La mención de medicamentos, productos, procedimientos diagnósticos o intervenciones terapéuticas no implica recomendación, aval ni aprobación por parte de la revista.

Los autores son responsables de la exactitud de los datos, opiniones y referencias bibliográficas incluidos en sus trabajos.

Datos Editoriales

Periodicidad: publicación cuatrimestral (tres números anuales). Todos los manuscritos recibidos son sometidos a evaluación por pares externos bajo la modalidad doble ciego.

Entidad Editora - Sciens SRL - Juan Francisco Seguí 3569, 2° C
C1425 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
www.sciens.ar - contacto@sciens.com.ar

Editorial

Cannabis, embarazo y lactancia: una actualización necesaria para la formación médica

La formación médica exige revisar de manera permanente temas que cambian de lugar en la práctica clínica y en la sociedad. El cannabis es uno de ellos. Su uso se ha diversificado, su percepción social se ha modificado y las formas de exposición actuales ya no pueden abordarse desde categorías simples.

Durante años, el cannabis fue considerado principalmente en relación con el consumo recreativo o con el campo de las adicciones. Hoy el escenario es más complejo: existen productos con diferentes concentraciones de cannabinoides, distintas vías de administración, preparados de uso medicinal o informal, y una circulación creciente de información muchas veces fragmentaria. Para el médico, esto plantea una necesidad concreta de actualización.

En embarazo y lactancia, esa necesidad adquiere una importancia particular. No alcanza con saber si una paciente consume o no consume cannabis. Es necesario comprender qué tipo de exposición puede estar ocurriendo, en qué momento biológico, con

qué frecuencia, por qué vía y sobre qué sistemas en desarrollo puede actuar. La farmacología, la obstetricia, la neonatología y las neurociencias aportan aquí elementos indispensables para ordenar la discusión.

Este número de Update en Ginecología y Obstetricia propone revisar el tema desde esa perspectiva formativa. La evidencia disponible conserva áreas de incertidumbre, pero esa incertidumbre no debe conducir ni a la alarma ni a la indiferencia. Debe, más bien, estimular una mirada médica más precisa, capaz de interpretar mecanismos biológicos, límites de la evidencia y consecuencias clínicas posibles.

Esperamos que este artículo contribuya a fortalecer una formación médica capaz de integrar evidencia, mecanismos biológicos y farmacología clínica para tomar mejores decisiones durante el embarazo, el puerperio y la lactancia.

*Prof. Dr. Héctor Alejandro Serra
Profesor Regular Adjunto*

Primera Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA

Gabriela B. Acosta

Doctora en Farmacología (Universidad de Buenos Aires), Investigadora del CONICET. Se desempeña en el Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT) – CONICET – Universidad Favaloro – Fundación INECO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Dirección institucional: Marcelo T. de Alvear 1632, C1021ABA, CABA, Argentina. Correo electrónico: gabyacosta35@yahoo.com; gabypentin38@gmail.com

Cannabis, embarazo y lactancia: riesgos perinatales, neurodesarrollo y recomendaciones para la práctica obstétrica

Resumen

El consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia constituye un tema de creciente relevancia clínica para la ginecología y la obstetricia. La expansión del uso recreativo y medicinal, la baja percepción de riesgo y la disponibilidad de productos con distintas concentraciones de tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD) y otros cannabinoides plantean nuevos desafíos para la atención de mujeres en edad reproductiva, embarazadas y púerperas.

El sistema endocannabinoide participa activamente en procesos reproductivos, placentarios y neurobiológicos, incluyendo la implantación, la regulación del desarrollo fetal, la maduración del sistema nervioso central, la sinaptogénesis, la neurotransmisión y la modulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Por este motivo, la exposición a cannabinoides exógenos durante períodos críticos del desarrollo podría interferir con trayectorias biológicas sensibles.

La evidencia disponible asocia el consumo prenatal de cannabis con mayor riesgo de bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, parto pretérmino e ingreso a cuidados intensivos neonatales. En relación con el neurodesarrollo, los hallazgos son más heterogéneos, aunque se han descrito asociaciones con alteraciones en atención, función ejecutiva, regulación emocional, conducta externalizante y vulnerabilidad a trastornos del neurodesarrollo. Durante la lactancia, el THC puede transferirse a la leche materna debido a su alta liposolubilidad y persistencia, aunque los datos clínicos sobre sus consecuencias a largo plazo aún son limitados.

La interpretación de estos hallazgos requiere considerar factores de confusión como tabaco, alcohol, otras sustancias, salud mental materna, vulnerabilidad familiar, contexto social, dosis, vía de administración y potencia del cannabis utilizado. Sin embargo, la ausencia de una dosis segura establecida justifica recomendar evitar el uso de cannabis, THC y CBD durante el embarazo y la lactancia. El abordaje clínico debe ser claro, preventivo y no estigmatizante, orientado a detectar el consumo, informar riesgos, ofrecer alternativas terapéuticas y acompañar la suspensión o reducción del uso cuando sea necesario.

Palabras clave

cannabis; embarazo; lactancia; sistema endocannabinoide; THC; neurodesarrollo; salud perinatal.

1. Introducción

En los últimos años, el cannabis comenzó a ocupar un lugar cada vez más visible en la consulta ginecológica y obstétrica. Su uso ya no aparece solamente asociado al consumo recreativo, sino también a la búsqueda de alivio para síntomas frecuentes del embarazo y el puerperio, como náuseas, ansiedad, insomnio, dolor o malestar emocional. A esto se suma una percepción social ambigua: mientras parte de la población lo reconoce como una sustancia psicoactiva, otra parte lo interpreta como un producto “natural”, eventualmente medicinal y, por lo tanto, presumiblemente seguro. Esta tensión entre uso creciente, baja percepción de riesgo y evidencia clínica todavía incompleta convierte al cannabis en un tema relevante para la práctica obstétrica contemporánea [1,2].

La consulta prenatal ofrece una oportunidad privilegiada para abordar este problema. Sin embargo, muchas pacientes no informan espontáneamente el consumo de cannabis, ya sea por temor al juicio moral, por desconocimiento de sus posibles efectos o porque no consideran que aceites, gotas, comestibles, vaporizadores o productos con cannabidiol formen parte de una exposición clínicamente significativa. Por este motivo, el interrogatorio debe ser específico, respetuoso y no punitivo. Preguntar solamente por “drogas” puede resultar insuficiente; en cambio, conviene indagar de manera concreta por cannabis fumado, vaporizado, ingerido, aceites, preparados artesanales, productos con THC o CBD y uso combinado con tabaco, alcohol u otras sustancias.

El desafío para el equipo de salud es transmitir información prudente sin caer en mensajes alarmistas ni en una falsa tranquilidad. La evidencia disponible no permite afirmar que todos los desenlaces adversos observados sean atribuibles exclusivamente al cannabis, ya que los estudios suelen estar atravesados por múltiples factores de confusión: coexposición a tabaco o alcohol, condiciones socioeconómicas, salud mental materna, uso de otras sustancias, diferencias en la potencia del cannabis, frecuencia de consumo, vía de administración y momento de exposición durante la gestación [3,4]. Aun así, la ausencia de certeza absoluta no equivale a ausencia de riesgo. En especial, los datos más recientes sostienen una preocupación consistente en relación con desenlaces perinatales y neonatales, y justifican una recomendación preventiva durante el embarazo [1,4].

La lactancia plantea un escenario adicional. El puerperio puede ser un período de vulnerabilidad emocional, trastornos del sueño y recaída o continuidad de consumos previos. En ese contexto, algunas mujeres pueden recurrir al cannabis como estrategia de autorregulación. No obstante, el THC es una molécula lipofílica, puede detectarse en la leche humana y sus concentraciones pueden variar según la frecuencia de consumo, el tiempo transcurrido desde la exposición y características individuales de la madre [5]. La evidencia clínica sobre consecuencias a largo plazo en lactantes expuestos por leche materna sigue siendo limitada, pero esa limitación no permite considerar seguro su uso durante la lactancia. Por esta razón, las recomendaciones sanitarias actuales aconsejan evitar cannabis, THC y productos con CBD durante el embarazo y el amamantamiento [6,7].

El objetivo de este artículo es revisar la evidencia disponible sobre cannabis, embarazo y lactancia desde una perspectiva clínica, integrando los datos perinatales, neonatales y neuroevolutivos con herramientas prácticas para la consulta. Más que plantear un enfoque punitivo, se propone una estrategia de consejería médica basada en detección activa, información clara, reducción de riesgos, alternativas terapéuticas más seguras y acompañamiento de la paciente durante el embarazo y el puerperio.

2. Cannabis y sistema endocannabinoide en la gestación: bases necesarias

El sistema endocannabinoide es una red de señalización lipídica ampliamente distribuida, integrada por receptores cannabinoides, ligandos endógenos y enzimas responsables de su síntesis y degradación. Sus componentes principales incluyen los receptores CB1 y CB2, los endocannabinoides anandamida y 2-araquidonoilglicerol, y enzimas como FAAH y MAGL, que regulan la disponibilidad de estos mediadores [8]. A diferencia de otros sistemas de neurotransmisión, la señalización endocannabinoide suele operar de manera retrógrada: se produce en la neurona postsináptica y modula la liberación presináptica de neurotransmisores. Esta característica le permite intervenir en procesos de plasticidad sináptica, excitabilidad neuronal y regulación fina de circuitos.

En el adulto, los receptores CB1 se expresan en alta densidad en regiones cerebrales vinculadas con memoria, recompensa, emoción y función ejecutiva, como hipocampo, amígdala, corteza prefrontal y ganglios basales. Los receptores CB2, inicialmente descritos sobre todo en células inmunes, también participan en mecanismos neuroinmunes y gliales, especialmente en contextos de inflamación o injuria [8,9]. Sin embargo, para comprender el impacto potencial del cannabis durante la gestación, el punto central no es solo dónde actúa este sistema en el adulto, sino qué funciones cumple durante el desarrollo.

Durante la vida embrionaria y fetal, el sistema endocannabinoide participa en procesos reproductivos y del desarrollo temprano. En el tracto reproductivo femenino, la anandamida y sus vías de regulación intervienen en la ovulación, el transporte embrionario, la implantación, la diferenciación trofoblástica y el desarrollo placentario [10,11]. La regulación de estos niveles parece ser crítica: tanto concentraciones excesivas como insuficientes de anandamida pueden interferir con eventos tempranos de la gestación. Por lo tanto, el sistema endocannabinoide no debe interpretarse como un sistema accesorio, sino como parte de la coordinación molecular que permite el diálogo entre embrión, endometrio y placenta.

En paralelo, el sistema nervioso central en desarrollo expresa receptores y ligandos endocannabinoides desde etapas tempranas. La señalización endocannabinoide participa en proliferación celular, migración neuronal, crecimiento axonal, guía de conexiones, sinaptogénesis y maduración de circuitos [12,13]. Estos procesos ocurren en ventanas temporales precisas, en las que pequeñas modificaciones de la señalización pueden tener efectos distintos según el momento, la duración

y la intensidad de la exposición. Por este motivo, la etapa gestacional en la que ocurre el consumo podría ser tan relevante como la cantidad consumida o la vía de administración.

La exposición a cannabinoides exógenos introduce una variable adicional en este sistema regulatorio. El principal compuesto psicoactivo del cannabis, el delta-9-tetrahidrocannabinol, actúa principalmente sobre receptores CB1. A diferencia de los endocannabinoides, cuya producción y degradación están localmente reguladas, los fitocannabinoides pueden generar una estimulación más prolongada, menos dependiente de las necesidades fisiológicas del tejido y condicionada por la potencia del producto, su forma de administración y la frecuencia de uso [14]. Además, el cannabis utilizado actualmente puede tener concentraciones de THC superiores a las observadas en décadas previas, lo que dificulta extrapolar datos históricos a los patrones contemporáneos de consumo.

El cannabidiol suele ser percibido por pacientes y consumidores como una alternativa “no psicoactiva” y, por lo tanto, más segura. Sin embargo, esa percepción no equivale a evidencia de inocuidad en embarazo o lactancia. Los productos con CBD pueden contener cantidades variables de THC, otros cannabinoides, solventes o contaminantes, especialmente cuando provienen de circuitos no regulados. Además, el CBD también interactúa con sistemas de neurotransmisión, enzimas metabólicas y vías de señalización celular. Por ello, desde el punto de vista obstétrico, no corresponde asumir que un preparado con CBD sea seguro para el embrión, el feto o el lactante.

La placenta constituye otro punto clave. No es solamente una barrera pasiva, sino un órgano endocrino, inmunológico y metabólico que regula el ambiente fetal. La presencia de componentes del sistema endocannabinoide en tejidos reproductivos y placentarios sugiere que las modificaciones de esta señalización pueden influir sobre implantación, vascularización, crecimiento fetal y adaptación materno-fetal [10,11]. Si bien los mecanismos exactos aún no están completamente definidos en humanos, esta base biológica permite comprender por qué la exposición a cannabis durante el embarazo podría relacionarse con desenlaces perinatales, especialmente aquellos vinculados con crecimiento fetal y prematuridad.

También debe considerarse la interacción entre sistema endocannabinoide, estrés y regulación neuroendocrina. La gestación es un período de reorganización hormonal, inmunológica y metabólica. El sistema endocannabinoide participa en la modulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y en la respuesta al estrés, por lo que una exposición exógena durante etapas sensibles podría interferir con la programación de circuitos vinculados con regulación emocional, reactividad al estrés y conducta posterior [15]. Esta hipótesis no implica afirmar una relación causal directa para todos los desenlaces neuroevolutivos, pero sí aporta un marco fisiopatológico plausible.

En síntesis, la relevancia del cannabis durante la gestación no deriva solo de su condición de sustancia psicoactiva, sino de su capacidad para interactuar con un sistema biológico involucrado en reproducción, placentación y neurodesarrollo. Esta perspectiva ayuda a sostener una recomendación preventiva:

durante el embarazo, no existe una dosis segura establecida de cannabis, THC o CBD. La consejería clínica debe partir de esta incertidumbre, explicar el fundamento biológico de la preocupación y orientar a la paciente hacia alternativas terapéuticas más seguras.

3. Exposición prenatal a cannabis: efectos obstétricos y neonatales

La exposición prenatal a cannabis se ha asociado con diversos desenlaces obstétricos y neonatales, aunque la interpretación de la evidencia requiere cautela. La mayoría de los estudios disponibles son observacionales y, por lo tanto, están expuestos a factores de confusión difíciles de controlar por completo. Entre ellos se incluyen el consumo concomitante de tabaco o alcohol, el uso de otras sustancias, las condiciones socioeconómicas, el estado nutricional, la salud mental materna, el acceso al control prenatal, la violencia o adversidad psicosocial y la variabilidad en la dosis, potencia y vía de administración del cannabis [1,3,16].

A pesar de estas limitaciones, los datos acumulados en los últimos años muestran una señal consistente de riesgo en relación con el crecimiento fetal y algunos desenlaces neonatales. En revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes, el consumo prenatal de cannabis se asoció con mayor probabilidad de bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y parto pretérmino [1,3]. Estos hallazgos son particularmente relevantes para la práctica obstétrica porque se vinculan con desenlaces clínicos de seguimiento cotidiano y con implicancias inmediatas para el recién nacido.

El bajo peso al nacer es uno de los desenlaces más frecuentemente analizados. Su asociación con cannabis puede reflejar efectos sobre el crecimiento fetal, pero también la influencia de exposiciones combinadas y condiciones maternas asociadas. En el metaanálisis de Lo y cols., que incluyó estudios con ajuste por factores de confusión como el co-uso de tabaco, el consumo prenatal de cannabis se asoció con mayor probabilidad de bajo peso al nacer, parto pretérmino y pequeño para edad gestacional [1]. Esta observación refuerza la necesidad de considerar al cannabis como una exposición clínicamente relevante durante la anamnesis prenatal, aun cuando la paciente lo perciba como ocasional, medicinal o de bajo riesgo.

La restricción del crecimiento fetal y el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional constituyen otro punto de preocupación. El sistema endocannabinoide participa en funciones placentarias y en la regulación del ambiente materno-fetal, por lo que una alteración de esta señalización podría contribuir, al menos en parte, a modificaciones en el crecimiento intrauterino. Sin embargo, en humanos resulta difícil separar el efecto propio del cannabis del impacto de tabaco, nutrición, estrés crónico, vulnerabilidad social u otros determinantes perinatales. Por ello, la lectura más adecuada no es afirmar una causalidad lineal, sino reconocer una asociación clínicamente significativa que justifica prevención y seguimiento [1,16].

El parto pretérmino también aparece de manera recurrente en la literatura. Su relevancia clínica es evidente, dado que la

prematurez se asocia con mayor morbilidad neonatal, internación, dificultades respiratorias, problemas alimentarios y seguimiento pediátrico más estrecho. La evidencia disponible sugiere que el consumo prenatal de cannabis puede aumentar el riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas, aunque la magnitud del efecto varía entre estudios según el diseño, la definición de exposición y el grado de ajuste por confusores [1,3]. Esta variabilidad obliga a evitar afirmaciones exageradas, pero no invalida la recomendación de suspender el consumo durante la gestación.

Otro desenlace relevante es el ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales. En algunos estudios, la exposición intrauterina a cannabis se asoció con mayor probabilidad de admisión neonatal, posiblemente como consecuencia de bajo peso, prematurez, dificultades de adaptación u otros factores perinatales asociados [3]. Este dato tiene importancia práctica: permite explicar a la paciente que la preocupación no se limita a un eventual efecto a largo plazo sobre el neurodesarrollo, sino que puede involucrar consecuencias inmediatas alrededor del nacimiento.

La mortalidad perinatal ha sido menos estudiada y la certeza de la evidencia es menor. Algunos análisis recientes reportaron una asociación entre consumo prenatal de cannabis y mayor riesgo de mortalidad perinatal, aunque con menor nivel de certeza que para bajo peso, parto pretérmino o pequeño para edad gestacional [1]. Por tratarse de un desenlace infrecuente y multifactorial, debe interpretarse con especial prudencia. No obstante, su inclusión en la discusión refuerza la necesidad de considerar el consumo de cannabis como parte de la evaluación integral de riesgos durante el embarazo.

La vía de administración también importa. El cannabis fumado expone a la madre y al feto no solo a cannabinoides, sino también a productos de combustión, monóxido de carbono y partículas similares a las del humo de tabaco. El vapeo, los aceites, comestibles o preparados artesanales modifican la cinética de absorción y pueden dificultar la estimación de dosis real. Además, la concentración de THC de los productos disponibles en la actualidad puede ser muy variable y, en algunos casos, elevada. Esta heterogeneidad limita la posibilidad de establecer umbrales seguros y vuelve poco útil la distinción simplista entre “uso leve” y “uso problemático” desde el punto de vista fetal.

Una dificultad adicional es el subregistro. Muchas pacientes no mencionan el consumo si no se les pregunta de manera específica, especialmente cuando lo utilizan para controlar síntomas o cuando el producto es presentado como medicinal. Por esta razón, el interrogatorio obstétrico debería incluir preguntas explícitas sobre cannabis, THC, CBD, aceites, comestibles, vaporizadores y uso combinado con tabaco u otras sustancias. Esta pesquisa no debe plantearse desde una lógica sancionatoria, sino como parte de la evaluación habitual de exposiciones durante la gestación.

En síntesis, la evidencia obstétrica y neonatal es más consistente que la evidencia neuroevolutiva a largo plazo. Los datos actuales asocian el consumo prenatal de cannabis con mayor riesgo de bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional,

parto pretérmino e ingreso a cuidados neonatales [1,3]. Aunque persisten limitaciones metodológicas y posibles factores de confusión, la magnitud clínica de estos desenlaces justifica una recomendación clara: durante el embarazo, debe aconsejarse evitar el consumo de cannabis en cualquiera de sus formas, incluyendo productos con THC o CBD, y ofrecer acompañamiento para la suspensión o reducción del consumo cuando la abstinencia inmediata no sea posible.

4. Cannabis y neurodesarrollo fetal e infantil

El posible impacto del cannabis sobre el neurodesarrollo constituye uno de los aspectos más sensibles de la exposición prenatal. A diferencia de los desenlaces obstétricos y neonatales, que pueden evaluarse al nacimiento o en el período perinatal inmediato, las consecuencias neuroevolutivas requieren seguimiento prolongado y son más difíciles de interpretar. El desarrollo cognitivo, emocional y conductual de un niño depende de múltiples variables biológicas, familiares, sociales y ambientales. Por este motivo, los estudios disponibles deben leerse con prudencia: permiten identificar señales de asociación, pero no siempre establecer causalidad directa.

Desde el punto de vista biológico, existe plausibilidad para considerar al cannabis como una exposición relevante durante etapas críticas del desarrollo cerebral. El sistema endocannabinoide participa en procesos de proliferación neuronal, migración, diferenciación, crecimiento axonal, sinaptogénesis y regulación de sistemas neurotransmisores [12,13,15]. Estos mecanismos no ocurren de manera uniforme durante toda la gestación, sino en ventanas temporales específicas. Por ello, una misma exposición podría tener efectos diferentes según el trimestre, la frecuencia de uso, la potencia del producto, la vía de administración y la coexistencia de otros factores de riesgo.

El delta-9-tetrahidrocannabinol puede interactuar con receptores CB1, ampliamente involucrados en circuitos relacionados con memoria, motivación, recompensa, regulación emocional y función ejecutiva [8,15]. Durante el desarrollo, estos circuitos se organizan progresivamente y continúan madurando durante la infancia y la adolescencia. Esta característica ayuda a comprender por qué algunos efectos potenciales de la exposición prenatal no necesariamente se expresan al nacimiento, sino que pueden hacerse visibles más tarde, cuando el niño debe desplegar habilidades atencionales, control inhibitorio, aprendizaje, regulación conductual o adaptación escolar.

La evidencia clínica en humanos es heterogénea. Algunas cohortes longitudinales han señalado asociaciones entre exposición prenatal a cannabis y dificultades en atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación, impulsividad y conducta externalizante [3]. Sin embargo, los resultados no son uniformes para todas las áreas cognitivas. En general, los estudios no muestran un deterioro global y consistente del cociente intelectual, sino alteraciones más específicas en dominios vinculados con función ejecutiva, autorregulación y procesamiento atencional [3]. Esta distinción es importante para evitar mensajes imprecisos: el problema no debe plantearse como un daño neurológico inespecífico, sino como una posible vulnerabilidad en funciones de maduración prolongada.

Los metaanálisis recientes reflejan esta complejidad. La revisión de Sorkhou y cols. encontró asociación entre exposición intrauterina a cannabis y algunos desenlaces adversos al nacimiento, y en el plano conductual describió señales de peor atención y mayores problemas externalizantes durante la infancia temprana, sin evidencia consistente de compromiso en otros dominios cognitivos o conductas internalizantes [3]. En una línea similar, Bassalov y cols. observaron que la exposición prenatal podría asociarse con un aumento leve del riesgo de trastorno por déficit de atención/hiperactividad y con mayor probabilidad de consumo posterior de cannabis en la descendencia, pero no encontraron asociaciones robustas con trastorno del espectro autista, ansiedad, depresión o síntomas psicóticos luego del ajuste por confusores [4].

Un aporte relevante proviene del estudio ABCD, una cohorte amplia de niños de 9 a 11 años. En ese análisis, la exposición prenatal a cannabis posterior al conocimiento materno del embarazo se asoció, aun luego de ajustes por múltiples covariables, con mayor frecuencia de síntomas externalizantes, problemas de atención, pensamiento y experiencias psicóticas-like durante la infancia media [17]. Si bien el diseño no permite resolver por completo el problema de la causalidad, el estudio refuerza la necesidad de considerar el consumo persistente durante el embarazo como una exposición de potencial relevancia neuropsiquiátrica.

El momento de exposición podría tener importancia particular. Algunos trabajos distinguen entre consumo antes y después de que la mujer conoce el embarazo. Esta diferencia no es menor: el consumo que persiste luego del reconocimiento de la gestación puede reflejar mayor frecuencia, dependencia, comorbilidad emocional, menor acceso a consejería o mayor carga de factores psicosociales. Por lo tanto, desde la clínica, la persistencia del uso debe interpretarse no solo como exposición fetal, sino también como posible marcador de vulnerabilidad materna y necesidad de intervención.

Los modelos preclínicos aportan mecanismos posibles, aunque no deben trasladarse de manera directa a la práctica humana. En animales, la exposición prenatal o perinatal a cannabinoides se ha asociado con cambios en plasticidad sináptica, maduración de circuitos glutamatergicos y GABAérgicos, señalización dopaminérgica, función hipocámpal, conducta social, ansiedad y respuesta al estrés [15]. Estos hallazgos permiten comprender vías biológicas plausibles, pero las dosis, las formas de exposición y los períodos de desarrollo no siempre son equivalentes a los de la gestación humana. Su mayor utilidad es fisiopatológica: ayudan a explicar por qué el sistema nervioso en desarrollo podría ser sensible a la exposición a cannabinoides.

Un punto central para la lectura clínica es diferenciar asociación de determinismo. La exposición prenatal a cannabis no implica que un niño vaya a presentar necesariamente trastornos atencionales, problemas de conducta o dificultades escolares. Tampoco permite atribuir de manera automática un cuadro neuropsiquiátrico infantil al antecedente de consumo materno. La evidencia disponible sugiere un aumento de vulnerabilidad en algunos dominios, especialmente cuando el consumo es persistente, frecuente o se combina con otras

exposiciones y condiciones adversas. Esta formulación es más precisa y evita tanto la banalización como la estigmatización.

También debe considerarse que muchas de las variables que aumentan la probabilidad de consumo durante el embarazo pueden, por sí mismas, influir sobre el neurodesarrollo infantil. Salud mental materna, estrés crónico, violencia, pobreza, nutrición, consumo de tabaco o alcohol, dificultades vinculares, sueño materno alterado y menor acceso al control prenatal pueden actuar como factores de confusión, mediadores o amplificadores del riesgo [16]. En este sentido, el cannabis no debe evaluarse de manera aislada, sino dentro de una historia clínica perinatal integral.

Para la práctica gineco-obstétrica, la implicancia es clara. La incertidumbre sobre la magnitud exacta del riesgo no justifica esperar a contar con evidencia definitiva para intervenir. El cerebro fetal e infantil atraviesa períodos de alta plasticidad, y la exposición a cannabinoides ocurre sobre sistemas que participan en la organización de circuitos neurobiológicos relevantes. Por lo tanto, la consejería debe informar que los datos disponibles sugieren posibles asociaciones con dificultades atencionales, control inhibitorio, conducta externalizante y vulnerabilidad neuroevolutiva, especialmente ante consumo sostenido durante la gestación [3,4,17].

En síntesis, la evidencia sobre neurodesarrollo es menos concluyente que la evidencia sobre desenlaces perinatales, pero no es tranquilizadora. Los hallazgos actuales no permiten hablar de un síndrome neuroconductual específico atribuible al cannabis prenatal, ni de una relación causal uniforme para todos los niños expuestos. Sin embargo, la plausibilidad biológica, los datos de cohortes y las señales observadas en atención, función ejecutiva y conducta justifican recomendar evitar cannabis, THC y CBD durante el embarazo. La intervención clínica debe centrarse en reducir exposición, identificar factores asociados y acompañar a la paciente con alternativas terapéuticas y apoyo psicosocial cuando corresponda.

5. Cannabis, eje HPA y programación del estrés

El embarazo constituye un período de intensa reorganización neuroendocrina, inmunológica y metabólica. En ese contexto, el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA) cumple un papel central en la adaptación materna al estrés y en la regulación del ambiente fetal. La relación entre este eje y el sistema endocannabinoide es bidireccional: los endocannabinoides contribuyen a modular y limitar la respuesta neuroendocrina al estrés, mientras que los glucocorticoides pueden modificar la señalización endocannabinoide en regiones cerebrales relacionadas con la memoria, la regulación emocional y el control ejecutivo [18,19].

En condiciones fisiológicas, la señalización endocannabinoide opera de manera local, transitoria y dependiente del contexto. Los cannabinoides exógenos, en cambio, pueden producir una estimulación menos regulada, condicionada por la dosis, la potencia del producto, la frecuencia de uso y la vía de administración. Durante la gestación, esta diferencia podría ser relevante porque los sistemas vinculados con estrés, recompensa, regulación emocional e inmunidad atraviesan períodos

sensibles de organización. La exposición prenatal no determina necesariamente un desenlace, pero podría modificar la sensibilidad futura frente a determinados estímulos mediante su interacción con glucocorticoides y diferentes sistemas de neurotransmisión [15,20].

Los modelos experimentales sugieren que la exposición prenatal o perinatal a cannabinoides puede alterar la regulación del eje HPA y modificar las respuestas posteriores al estrés. Se han descrito cambios en receptores de corticosteroides, en la reactividad al estrés y en circuitos mesolímbicos y prefrontales vinculados con la conducta emocional y adaptativa [15,20]. Estos hallazgos aportan plausibilidad biológica, aunque no deben trasladarse directamente a la clínica humana debido a las diferencias entre especies, dosis y momentos de exposición.

En humanos, la evidencia continúa siendo limitada. Se han comunicado asociaciones entre el consumo materno de cannabis y modificaciones en indicadores fisiológicos infantiles relacionados con el estrés, como concentraciones de cortisol, variabilidad de la frecuencia cardíaca y síntomas de ansiedad, agresividad o hiperactividad. También se han observado cambios en la expresión placentaria de genes vinculados con funciones inmunológicas y neuroconductuales [21]. La placenta podría participar en estos procesos debido a su función endocrina, inmunológica y metabólica, y a la presencia de componentes del sistema endocannabinoide en tejidos reproductivos y placentarios [10,11,21].

Estos hallazgos requieren una interpretación prudente. Muchos factores asociados con el consumo durante el embarazo —estrés crónico, síntomas ansiosos o depresivos, antecedentes de trauma, violencia, alteraciones del sueño, consumo de tabaco o alcohol y vulnerabilidad socioeconómica— también pueden modificar la regulación del eje HPA materno y fetal. Por lo tanto, no es posible atribuir exclusivamente al cannabis las alteraciones observadas.

Desde la práctica obstétrica, esta complejidad invita a ampliar la evaluación clínica. Cuando una paciente utiliza cannabis para dormir, reducir la ansiedad, controlar náuseas o manejar el dolor, la indicación de suspenderlo debe acompañarse de la identificación del motivo del consumo y de alternativas terapéuticas más seguras. La evidencia no permite afirmar una relación causal única ni predecir desenlaces individuales, pero la plausibilidad biológica y la incertidumbre existente respaldan una recomendación preventiva durante el embarazo..

6. Cannabis durante la lactancia

La lactancia representa un escenario clínico particular. Por un lado, la leche materna ofrece beneficios nutricionales, inmunológicos y vinculares ampliamente reconocidos. Por otro, el puerperio puede ser un período de alta vulnerabilidad emocional, cansancio, privación de sueño, dolor, ansiedad y recaída o continuidad de consumos previos. En este contexto, algunas mujeres pueden utilizar cannabis para relajarse, dormir, modular el ánimo, aliviar dolor o sostener una sensación subjetiva de control. Esta situación obliga a evitar respuestas simplistas: el objetivo clínico no debe ser culpabilizar a la madre,

sino reducir la exposición del lactante y ofrecer alternativas terapéuticas más seguras.

El principal motivo de preocupación durante la lactancia es la transferencia de cannabinoides a la leche materna. El delta-9-tetrahidrocannabinol es una molécula altamente lipofílica, con capacidad de distribuirse en tejido adiposo y liberarse de manera progresiva. Esta propiedad favorece su pasaje a la leche humana, que contiene una proporción significativa de lípidos, y puede prolongar la exposición del lactante más allá del momento inmediato del consumo [14,22]. Por esta razón, estrategias como “extraer y descartar leche” durante pocas horas luego del uso no necesariamente eliminan el riesgo de exposición, especialmente en consumidoras frecuentes.

Los estudios disponibles muestran que el THC y otros cannabinoides pueden detectarse en leche materna. Bertrand y cols. analizaron muestras de mujeres que reportaban uso de marihuana durante la lactancia y encontraron THC detectable en la mayoría de las muestras, incluso hasta aproximadamente seis días luego del último consumo referido [22]. En el estudio Lactation and Cannabis, las concentraciones de THC en leche aumentaron luego del consumo y permanecieron elevadas con usos repetidos durante el día, lo que sugiere posibilidad de acumulación según la frecuencia de exposición [5]. Otros trabajos también identificaron THC, metabolitos de THC, cannabidiol y cannabinol en leche de mujeres que consumían cannabis durante el posparto [23].

La magnitud de la exposición del lactante depende de múltiples factores: frecuencia de consumo materno, potencia del producto, vía de administración, intervalo entre uso y amamantamiento, metabolismo individual, proporción de grasa corporal, cantidad de leche ingerida y edad del lactante. A esto se suma la gran variabilidad de los productos disponibles. Aceites, comestibles, vaporizadores, flores con alta concentración de THC o preparados artesanales no permiten estimar con precisión la dosis recibida por la madre ni la exposición real del niño. Esta incertidumbre es especialmente importante en recién nacidos y lactantes pequeños, por su inmadurez metabólica y neurológica.

La evidencia clínica sobre consecuencias a largo plazo de la exposición al cannabis a través de la leche materna es limitada. Los estudios en humanos son escasos, con muestras pequeñas, definiciones variables de consumo y dificultad para separar exposición prenatal, exposición posnatal por leche, humo ambiental, consumo materno de otras sustancias y condiciones psicosociales. Algunos trabajos históricos sugirieron posibles alteraciones motoras o psicomotoras, mientras que otros no encontraron diferencias claras, pero la calidad de la evidencia no permite establecer conclusiones definitivas [24]. En términos prácticos, la ausencia de datos concluyentes no debe interpretarse como demostración de seguridad.

También debe considerarse la exposición indirecta. El cannabis fumado puede generar exposición del lactante a humo ambiental, partículas de combustión y residuos depositados en ropa, piel o superficies. Además, el consumo materno puede afectar el estado de alerta, la capacidad de respuesta, la coordinación, el sueño y la percepción de riesgo. Esto resulta

relevante para prácticas de cuidado neonatal, colecho, alimentación nocturna, baño, traslado del bebé y respuesta ante signos de alarma. Por lo tanto, la consejería no debe limitarse al pasaje de THC por leche, sino incluir seguridad ambiental y capacidad de cuidado.

El cannabidiol merece una consideración específica. Muchas pacientes lo perciben como una opción más segura por su menor efecto psicoactivo. Sin embargo, los productos con CBD pueden contener THC en cantidades variables, además de otros cannabinoides, solventes, pesticidas, metales pesados o contaminantes, especialmente cuando no se encuentran sometidos a controles farmacéuticos estrictos. A su vez, el CBD puede interactuar con enzimas metabólicas y otros fármacos. Por este motivo, no corresponde recomendar productos con CBD durante la lactancia como alternativa inocua [7].

Las recomendaciones clínicas actuales desalientan el uso de cannabis durante el amamantamiento. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la Food and Drug Administration (FDA), ambos de Estados Unidos, aconsejan evitar marihuana, THC y CBD durante la lactancia por la posibilidad de exposición del lactante y por la insuficiencia de datos de seguridad [6,7]. Esta recomendación debe transmitirse con claridad, pero sin desconocer que la lactancia también tiene beneficios importantes. En la práctica, si una mujer consume cannabis y está amamantando, la intervención debe individualizarse: evaluar frecuencia, vía de administración, uso combinado con tabaco, alcohol u otras sustancias, edad del lactante, red de apoyo, motivos del consumo, salud mental materna y posibilidad real de suspensión.

Cuando la abstinencia inmediata no es posible, la consulta debe orientarse a reducción de riesgos. Esto incluye desalentar el consumo fumado en presencia del lactante, evitar humo ambiental, no compartir cama bajo efectos de cannabis u otras sustancias sedantes, no conducir ni realizar cuidados de riesgo luego del consumo, reducir frecuencia y cantidad, evitar productos de alta potencia o de composición desconocida, y ofrecer tratamiento para los síntomas que motivan el uso. Si el consumo es diario, compulsivo o se asocia a deterioro funcional, debe considerarse la posibilidad de un trastorno por uso de cannabis y proponer derivación o abordaje interdisciplinario.

En síntesis, la lactancia no debe abordarse con una lógica punitiva ni con una falsa seguridad. El THC pasa a la leche materna, puede persistir y su concentración depende de patrones de consumo difíciles de controlar [5,22,23]. Aunque la evidencia sobre efectos clínicos a largo plazo en lactantes es insuficiente, existen fundamentos farmacocinéticos, neurobiológicos y preventivos para recomendar evitar cannabis, THC y CBD durante el amamantamiento. La tarea del equipo de salud es informar, acompañar, reducir exposición y ofrecer alternativas seguras, preservando siempre que sea posible el vínculo terapéutico con la madre.

7. Factores de confusión y límites de la evidencia

La interpretación de los estudios sobre cannabis, embarazo, lactancia y neurodesarrollo exige una lectura crítica. A diferencia

de otras exposiciones farmacológicas evaluadas en condiciones controladas, la mayor parte de la evidencia disponible sobre cannabis en gestación proviene de estudios observacionales. Este tipo de diseño permite identificar asociaciones, pero tiene limitaciones para establecer causalidad directa, especialmente cuando la exposición se produce en contextos clínicos, sociales y conductuales complejos [1,3,4].

Uno de los principales problemas metodológicos es la coexposición a otras sustancias. El consumo de cannabis durante el embarazo puede coexistir con tabaco, alcohol, psicofármacos, opioides, cocaína u otras drogas. En particular, el tabaco representa un factor de confusión relevante porque se asocia de manera independiente con bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, prematuridad y complicaciones placentarias. Aunque los estudios más recientes intentan ajustar por estas variables, el control estadístico no siempre logra eliminar por completo el efecto de exposiciones combinadas, subregistradas o variables en el tiempo [1,3].

La forma de medición del consumo también limita la interpretación. Muchos estudios dependen del autorreporte materno, que puede subestimar la prevalencia real por temor al juicio médico, consecuencias legales, estigma social o culpa. Otros trabajos utilizan determinaciones biológicas, como orina, sangre, cabello o meconio, pero estas pruebas no siempre permiten precisar cantidad, frecuencia, potencia del producto ni momento exacto de exposición. En la práctica, “uso de cannabis” puede agrupar situaciones muy distintas: consumo ocasional antes de conocer el embarazo, uso persistente durante toda la gestación, consumo diario, exposición combinada con tabaco, productos con alta concentración de THC o preparados de composición desconocida.

La potencia y composición del cannabis constituyen otro límite importante. Los estudios longitudinales clásicos se desarrollaron en períodos en los que la concentración promedio de THC era menor que la observada en muchos productos actuales. Además, el mercado contemporáneo incluye flores de alta potencia, aceites, comestibles, vaporizadores, extractos concentrados y productos con CBD que pueden contener THC u otros compuestos no declarados. Esta heterogeneidad dificulta comparar estudios entre sí y extrapolar resultados históricos a los patrones actuales de consumo.

El momento de exposición durante el embarazo también puede modificar el riesgo. No es equivalente un consumo limitado al período previo al reconocimiento de la gestación que un consumo sostenido luego de conocer el embarazo. Algunos estudios sugieren que la exposición persistente podría asociarse con mayor riesgo de desenlaces adversos, pero esta persistencia también puede funcionar como marcador de otras variables: mayor dependencia, síntomas ansiosos o depresivos, menor acceso a consejería, estrés crónico o contexto psicosocial más vulnerable [17]. Por lo tanto, el momento y la continuidad del consumo deben analizarse tanto como exposición biológica como indicador clínico de mayor complejidad.

La salud mental materna es otro factor relevante. Ansiedad, depresión, insomnio, trauma, dolor crónico o trastornos por

uso de sustancias pueden aumentar la probabilidad de consumo de cannabis durante el embarazo o puerperio. Al mismo tiempo, estos mismos factores pueden influir sobre el control prenatal, el ambiente intrauterino, el vínculo temprano, la lactancia, el sueño materno-infantil y el desarrollo del niño. En consecuencia, algunos desenlaces atribuidos al cannabis podrían reflejar efectos compartidos, mediadores o acumulativos entre consumo, estrés, salud mental y adversidad psicosocial.

Las condiciones socioeconómicas y ambientales también deben considerarse. Nivel educativo, ingresos, vivienda, nutrición, violencia, apoyo familiar, acceso al sistema de salud, controles prenatales y exposición a estrés crónico pueden modificar tanto la probabilidad de consumo como los desenlaces perinatales y neuroevolutivos. El análisis de Corsi y cols., utilizando el consumo paterno de cannabis como control negativo en una cohorte longitudinal, mostró que varias asociaciones se atenúan luego de ajustar por factores familiares y socioeconómicos, lo que sugiere que parte del riesgo observado podría estar influido por confusión residual [16]. Este hallazgo no descarta la preocupación clínica, pero obliga a evitar interpretaciones simplistas.

En neurodesarrollo, las dificultades metodológicas son aún mayores. Atención, función ejecutiva, conducta, regulación emocional y rendimiento escolar son dimensiones que maduran a lo largo de años y reciben influencia de múltiples factores posnatales. La exposición prenatal a cannabis puede ser una variable dentro de una cadena más amplia que incluye prematuridad, bajo peso, lactancia, sueño, salud mental materna, crianza, estimulación, ambiente escolar y condiciones familiares. Por ello, los estudios pueden identificar asociaciones con problemas atencionales o conductuales, pero resulta difícil aislar cuánto corresponde al cannabis y cuánto a factores concomitantes [3,4,17].

La lactancia agrega otra capa de complejidad. En muchos casos, los lactantes expuestos a cannabis por leche materna también estuvieron expuestos durante la gestación, y pueden además estar expuestos a humo ambiental o a cambios en el cuidado derivados del consumo materno. Esta superposición impide atribuir con precisión los desenlaces al pasaje de THC por leche. Por eso, la evidencia sobre efectos clínicos de la exposición lactacional aislada es limitada y debe interpretarse con prudencia [24].

Estos límites no deben llevar a una conclusión tranquilizadora. La incertidumbre metodológica no equivale a seguridad. En salud perinatal, cuando una exposición no es necesaria, no tiene dosis segura establecida y se asocia con desenlaces adversos plausibles, el principio preventivo tiene valor clínico. La recomendación de evitar cannabis, THC y CBD durante el embarazo y la lactancia no requiere demostrar daño irreversible en todos los niños expuestos; se fundamenta en la combinación de plausibilidad biológica, señales epidemiológicas, dificultad para establecer umbrales seguros y disponibilidad de alternativas terapéuticas más seguras.

Para la práctica clínica, el mensaje debe ser equilibrado. No corresponde atribuir automáticamente un desenlace adverso al antecedente de consumo materno, ni culpabilizar a la paciente. Tampoco corresponde minimizar la exposición por falta de

certeza absoluta. La posición más adecuada es reconocer los límites de la evidencia, informar que los estudios disponibles muestran asociaciones relevantes, explorar factores concomitantes y ofrecer una intervención integral. En este sentido, el consumo de cannabis durante embarazo o lactancia debe funcionar como una oportunidad para evaluar salud mental, sueño, dolor, estrés, uso de otras sustancias, apoyo social y condiciones de cuidado.

En síntesis, la evidencia sobre cannabis perinatal se encuentra atravesada por confusión residual, heterogeneidad de exposición y limitaciones propias de los estudios observacionales. Aun así, las asociaciones con desenlaces obstétricos, neonatales y algunos dominios neuroevolutivos justifican una conducta preventiva. La tarea del equipo de salud es traducir esta incertidumbre en una consejería clara, prudente y no punitiva: evitar el consumo durante embarazo y lactancia, identificar factores de riesgo asociados y acompañar a la paciente con alternativas clínicas seguras.

8. Abordaje clínico en ginecología y obstetricia

El abordaje del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia debe integrarse a la práctica habitual de la consulta gineco-obstétrica. No debería depender de que la paciente lo mencione espontáneamente, ya que muchas mujeres no consideran al cannabis como una sustancia relevante para informar, especialmente cuando lo utilizan en forma de aceites, gotas, comestibles, vaporizadores o productos con cannabidiol. Otras pueden omitirlo por temor al juicio profesional, a consecuencias legales, a ser consideradas “malas madres” o a recibir una indicación abrupta de suspensión sin alternativas para los síntomas que motivan el consumo.

La pesquisa debe realizarse de manera universal, respetuosa y no punitiva. Preguntar por “drogas” en términos generales puede ser insuficiente y generar respuestas defensivas. En cambio, conviene incluir preguntas específicas dentro del interrogatorio habitual sobre exposiciones durante el embarazo: “¿Usás o usaste cannabis?”, “¿Lo fumás, vapeás, lo consumís en gotas, aceites o comestibles?”, “¿Algún producto tiene THC o CBD?”, “¿Con qué frecuencia lo usás?”, “¿Lo utilizás para náuseas, ansiedad, sueño, dolor o de manera recreativa?”, “¿Lo combinás con tabaco, alcohol, psicofármacos u otras sustancias?”. Este tipo de preguntas normaliza la conversación clínica sin trivializar el riesgo.

Una vez identificado el consumo, el primer paso no debería ser solamente indicar suspensión, sino comprender qué función cumple. En algunas pacientes, el cannabis puede estar asociado a uso recreativo ocasional; en otras, puede funcionar como automedicación para hiperémesis, insomnio, ansiedad, dolor crónico, síntomas depresivos, trauma, estrés o malestar emocional. Esta distinción es relevante porque la recomendación de evitar cannabis durante la gestación o lactancia será más efectiva si se acompaña de alternativas concretas para el síntoma que la paciente intenta manejar [6,7].

La consejería debe ser clara, breve y clínicamente consistente. Puede explicarse que no se ha establecido una dosis segura

de cannabis durante el embarazo o la lactancia, que el THC puede atravesar la placenta y pasar a la leche materna, y que la evidencia disponible asocia el consumo prenatal con mayor riesgo de bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, parto pretérmino e ingreso a cuidados neonatales [1,3]. También debe aclararse que los datos sobre neurodesarrollo son más heterogéneos, pero sugieren posibles asociaciones con dificultades atencionales, función ejecutiva y conducta externalizante [3,4,17]. Esta formulación permite transmitir preocupación sin afirmar desenlaces inevitables.

El lenguaje utilizado es central. Mensajes como “le está haciendo daño a su bebé” pueden generar culpa, ocultamiento o abandono del seguimiento. En cambio, frases como “no sabemos cuál es una dosis segura y hay señales de riesgo; por eso la recomendación médica es evitarlo y buscar alternativas más seguras” suelen ser más eficaces. El objetivo es preservar el vínculo terapéutico, promover la confianza y abrir la posibilidad de seguimiento. La paciente debe sentir que puede informar consumo sin ser castigada, pero también que el equipo de salud no minimiza la exposición.

En embarazadas que consumen cannabis para náuseas o vómitos, el abordaje debe incluir evaluación de severidad, hidratación, pérdida de peso, hiperémesis gravídica, impacto funcional y tratamientos antieméticos con mejor perfil de seguridad durante la gestación. En quienes lo usan para ansiedad, insomnio o estrés, deben explorarse síntomas afectivos, antecedentes psiquiátricos, violencia, apoyo social, higiene del sueño y necesidad de intervención psicológica o psiquiátrica. En pacientes que lo utilizan para dolor, conviene precisar etiología, intensidad, tratamientos previos y opciones no farmacológicas o farmacológicas compatibles con embarazo. Suspender sin reemplazar la función del consumo suele fracasar.

Durante la lactancia, la consejería debe ser igualmente cuidadosa. El THC puede detectarse en leche materna y persistir durante períodos variables luego del consumo [5,22,23]. Por lo tanto, no es adecuado recomendar estrategias simples como “amamantar unas horas después” o “descartar una toma” como si eliminaran completamente la exposición. Al mismo tiempo, la recomendación de evitar cannabis no debe traducirse automáticamente en suspender la lactancia sin evaluar el caso. Deben considerarse frecuencia de consumo, edad del lactante, uso combinado con tabaco, alcohol u otros sedantes, red de apoyo, salud mental materna y posibilidad real de abstinencia.

Cuando la paciente no puede suspender de manera inmediata, puede plantearse una estrategia de reducción de riesgos. Esta no reemplaza la recomendación principal de evitar el consumo, pero permite intervenir en situaciones reales. Entre las medidas posibles se incluyen reducir frecuencia y cantidad, evitar productos de alta potencia o de composición desconocida, no fumar ni vapear cerca del lactante, evitar humo ambiental, cambiar ropa y lavarse las manos luego de exposición al humo, no dormir con el bebé bajo efectos de cannabis, no conducir ni realizar cuidados de riesgo luego del consumo, y evitar la combinación con alcohol, benzodiacepinas, opioides u otros depresores del sistema nervioso central.

La evaluación debe incluir signos de trastorno por uso de cannabis. El consumo diario, la imposibilidad de reducir, el uso pese a indicación médica, la interferencia con responsabilidades, la necesidad de consumir para funcionar, el aumento progresivo de cantidad, los síntomas de abstinencia o el uso combinado con otras sustancias sugieren mayor complejidad clínica. En estos casos, el abordaje debe ser interdisciplinario y puede requerir derivación a salud mental, medicina de adicciones, trabajo social o equipos especializados en salud perinatal.

El seguimiento obstétrico también puede adaptarse según el contexto. En pacientes con consumo persistente o asociado a otros factores de riesgo, conviene reforzar controles prenatales, evaluar crecimiento fetal, estado nutricional, consumo de tabaco y alcohol, salud mental, violencia, adherencia a controles y condiciones de apoyo. No se trata de sobrediagnosticar ni de medicalizar en exceso, sino de reconocer que el consumo puede ser parte de un conjunto más amplio de vulnerabilidades materno-fetales.

La documentación en la historia clínica debe ser objetiva y no estigmatizante. Es preferible registrar tipo de producto, vía de administración, frecuencia, momento de exposición, motivo de uso, coexposiciones, consejería brindada y plan acordado. Deben evitarse expresiones moralizantes o imprecisas. Un registro adecuado permite seguimiento, continuidad del cuidado y comunicación entre profesionales sin convertir el antecedente en una etiqueta descalificadora.

En síntesis, el abordaje clínico del cannabis en ginecología y obstetricia debe combinar prevención, precisión y acompañamiento. La recomendación médica es evitar cannabis, THC y CBD durante embarazo y lactancia [6,7]. Sin embargo, para que esa recomendación sea clínicamente efectiva, debe integrarse a una conversación respetuosa, orientada a comprender los motivos del consumo, ofrecer alternativas terapéuticas, reducir riesgos cuando la abstinencia inmediata no sea posible e identificar situaciones que requieran derivación especializada. El objetivo final no es sancionar, sino proteger la salud materna, fetal y neonatal sosteniendo el vínculo de cuidado.

9. Recomendaciones para la práctica

A partir de la evidencia disponible y de las recomendaciones sanitarias actuales, el consumo de cannabis, THC y productos con CBD debe desaconsejarse durante el embarazo y la lactancia [6,7]. Esta recomendación se fundamenta en la ausencia de una dosis segura establecida, la plausibilidad biológica de interferencia sobre procesos placentarios y neuroevolutivos, la asociación observada con desenlaces perinatales adversos y la posibilidad de transferencia de cannabinoides a la leche materna [1,3,5,22].

En mujeres que planifican embarazo, la consejería debería iniciarse antes de la concepción. La consulta preconcepcional permite identificar uso recreativo, medicinal o informal de cannabis, revisar los motivos del consumo y proponer alternativas terapéuticas más seguras. En pacientes que utilizan cannabis para ansiedad, insomnio, dolor, náuseas u otros síntomas, la recomendación de suspensión debe acompañarse de una estrategia clínica concreta. La indicación aislada de

“dejar de consumir” suele ser insuficiente si no se aborda la causa que sostiene el uso.

Durante el embarazo, el interrogatorio sobre cannabis debe formar parte de la evaluación habitual de exposiciones. Es recomendable preguntar de manera específica por flores, cigarrillos armados, vaporizadores, aceites, gotas, comestibles, productos con THC, preparados con CBD y combinaciones con tabaco, alcohol, psicofármacos u otras sustancias. El registro debe incluir frecuencia, vía de administración, momento de exposición, motivo de uso y posibilidad de suspensión. La pesquisa universal, formulada sin juicio moral, favorece el subregistro y mejora la oportunidad de intervención.

La información a la paciente debe ser clara y proporcional. Puede explicarse que el cannabis no debe considerarse inocuo durante la gestación, que los productos actuales pueden tener concentraciones variables o elevadas de THC y que los preparados con CBD no son necesariamente seguros. La evidencia más consistente vincula el consumo prenatal con mayor riesgo de bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, parto pretérmino e ingreso a cuidados neonatales [1,3]. En relación con el neurodesarrollo, los datos son más heterogéneos, pero existen señales de asociación con dificultades atencionales, función ejecutiva y conducta externalizante [3,4,17].

En lactancia, la recomendación también es evitar cannabis, THC y CBD [6,7]. El THC puede detectarse en leche materna, persistir durante períodos variables y aumentar con consumos repetidos [5,22,23]. Por ello, no debería transmitirse la idea de que alcanza con espaciar algunas horas el consumo respecto de la toma o con descartar leche de manera puntual. Si la mujer consume y amamanta, la conducta debe individualizarse, considerando frecuencia de uso, edad del lactante, exposición a humo ambiental, presencia de otras sustancias, salud mental materna y red de apoyo.

Cuando la suspensión inmediata no es posible, debe proponerse una estrategia de reducción de riesgos, sin presentar esta alternativa como equivalente a seguridad. Esto incluye disminuir frecuencia y cantidad, evitar productos de alta potencia o composición desconocida, no fumar ni vapear cerca del lactante, evitar el colecho bajo efectos de cannabis, no conducir ni realizar cuidados de riesgo luego del consumo, evitar la combinación con alcohol, benzodiacepinas, opioides u otros sedantes, y reforzar el seguimiento clínico. La reducción de daño no reemplaza la recomendación de abstinencia, pero permite intervenir en escenarios reales sin romper el vínculo terapéutico.

Debe considerarse derivación especializada cuando el consumo es diario, compulsivo, difícil de suspender, asociado a abstinencia, interferencia funcional, policonsumo, síntomas psiquiátricos relevantes, violencia, trauma, depresión, ansiedad severa o falta de red de apoyo. En estos casos, el cannabis puede ser tanto una exposición fetal o neonatal como un marcador de vulnerabilidad materna. El abordaje interdisciplinario con salud mental, medicina de adicciones, obstetricia, pediatría, trabajo social o equipos de salud perinatal puede ser necesario.

Desde el punto de vista obstétrico, las pacientes con consumo

persistente deberían recibir seguimiento integral. Además de la consejería sobre cannabis, conviene evaluar crecimiento fetal, nutrición, consumo de tabaco y alcohol, adherencia al control prenatal, sueño, salud mental, violencia y condiciones de cuidado. El objetivo no es etiquetar a la paciente como de “alto riesgo” por un antecedente aislado, sino reconocer cuándo el consumo forma parte de un contexto clínico que requiere mayor acompañamiento.

En términos prácticos, pueden sintetizarse las siguientes recomendaciones:

1. Preguntar de manera universal y específica por cannabis, THC, CBD y formas de consumo.
2. Recomendar evitar cannabis en todas sus formas durante embarazo y lactancia.
3. Explicar que no existe una dosis segura establecida.
4. No asumir que los productos con CBD son inocuos.
5. Explorar el motivo del consumo antes de indicar suspensión.
6. Ofrecer alternativas terapéuticas más seguras para náuseas, ansiedad, insomnio, dolor u otros síntomas.
7. Evaluar coexposición a tabaco, alcohol, psicofármacos u otras sustancias.
8. Durante lactancia, advertir que el THC puede pasar a la leche y persistir.
9. Si la abstinencia inmediata no es posible, aplicar reducción de riesgos y seguimiento estrecho.
10. Derivar cuando exista consumo problemático, policonsumo, comorbilidad psiquiátrica o vulnerabilidad psicosocial.

En síntesis, la recomendación clínica debe ser preventiva, clara y no punitiva: evitar cannabis, THC y CBD durante embarazo y lactancia, informar los riesgos conocidos y las incertidumbres existentes, acompañar la suspensión o reducción del consumo y tratar activamente los síntomas o condiciones que sostienen su uso.

10. Conclusiones

El consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia constituye una exposición clínicamente relevante para la práctica gineco-obstétrica. Su creciente disponibilidad, la variedad de formas de administración y la percepción social de bajo riesgo obligan a incorporarlo de manera explícita en la anamnesis prenatal, preconcepcional y puerperal. Preguntar por cannabis, THC, CBD, aceites, comestibles, vaporizadores y consumo fumado debe formar parte de una evaluación integral de exposiciones durante estos períodos.

La evidencia disponible no permite establecer una dosis segura de cannabis durante la gestación. Aunque los estudios presentan limitaciones metodológicas y están atravesados por factores de confusión, las asociaciones con bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, parto pretérmino e ingreso a

cuidados neonatales son suficientemente consistentes como para sostener una recomendación preventiva [1,3]. En relación con el neurodesarrollo, los datos son más heterogéneos, pero existen señales de posible vulnerabilidad en atención, función ejecutiva, regulación emocional y conducta externalizante, especialmente ante exposición persistente o combinada con otros factores de riesgo [3,4,17].

La lactancia plantea una situación adicional de incertidumbre clínica. El THC puede transferirse a la leche materna, persistir durante períodos variables y aumentar con consumos repetidos [5,22,23]. Si bien los datos sobre consecuencias a largo plazo en lactantes expuestos son limitados, esta falta de evidencia definitiva no debe interpretarse como seguridad. Por el contrario, ante la inmadurez metabólica y neurobiológica del lactante, la recomendación actual es evitar cannabis, THC y productos con CBD durante el amamantamiento [6,7].

Desde una perspectiva fisiopatológica, la preocupación no se limita al efecto psicoactivo del cannabis. El sistema endocannabinóide participa en procesos reproductivos, placentarios, neuroevolutivos y de regulación del estrés. La exposición a cannabinoides exógenos durante períodos críticos podría interferir con sistemas biológicos en desarrollo, incluyendo crecimiento fetal, maduración de circuitos cerebrales, señalización neuroendocrina y programación del eje HPA [8,10,12,15,21,24]. Estos mecanismos no prueban causalidad directa en cada caso individual, pero aportan plausibilidad biológica a las asociaciones observadas.

Bibliografía

1. Lo JO, Ayers CK, Yeddala S, Shaw B, Robalino S, Ward R, et al. Prenatal cannabis use and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2025.
2. Volkow ND, Han B, Compton WM, McCance-Katz EF. Self-reported medical and nonmedical cannabis use among pregnant women in the United States. *JAMA.* 2019;322(2):167-169.
3. Sorkhou M, Singla DR, Castle DJ, George TP. Birth, cognitive, and behavioral effects of intrauterine cannabis exposure in infants and children: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2024;119(3):411-437.
4. Bassalov H, Yakirevich-Amir N, Reuveni I, Monk C, Florentin S, Bonne O, et al. Prenatal cannabis exposure and the risk for neuropsychiatric anomalies in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2024.
5. Holdsworth EA, Berim A, Gang DR, Williams JE, Smith CB, Caffé B, Brooks O, et al. Human milk cannabinoid concentrations and associations with maternal factors: the Lactation and Cannabis Study. *Breastfeed Med.* 2024;19(7):515-524.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Marijuana: breastfeeding special circumstances. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024.
7. U.S. Food and Drug Administration. What you should know about using cannabis, including CBD, when pregnant or breastfeeding. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration.
8. Lu HC, Mackie K. Review of the endocannabinoid system. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2021;6(6):607-615.
9. Cabral GA, Raborn ES, Griffin L, Dennis J, Marciano-Cabral F. CB2 receptors in the brain: role in central immune function. *Br J Pharmacol.* 2008;153(2):240-251.
10. Sun X, Dey SK. Cannabinoid/endocannabinoid signaling impact on early pregnancy events. *Curr Top Behav Neurosci.* 2009;1:255-273.
11. Correa F, Wolfson ML, Valchi P, Aisemberg J, Franchi AM. Endocannabinoid system and pregnancy. *Reproduction.* 2016;152(6):R191-R200.
12. Harkany T, Guzmán M, Galve-Roperh I, Berghuis P, Devi LA, Mackie K. The emerging functions of endocannabinoid signaling during CNS development. *Trends Pharmacol Sci.* 2007;28(2):83-92.
13. Harkany T, Keimpema E, Barabás K, Mulder J. Endocannabinoid

La conducta clínica debe evitar dos extremos: minimizar el consumo por tratarse de una sustancia naturalizada, o abordarlo desde una lógica punitiva que favorezca el ocultamiento y deteriore el vínculo terapéutico. La recomendación debe ser clara: evitar cannabis, THC y CBD durante embarazo y lactancia. Pero esa recomendación debe acompañarse de escucha clínica, exploración de los motivos del consumo, tratamiento de síntomas asociados y alternativas más seguras para náuseas, ansiedad, insomnio, dolor u otras condiciones que puedan sostener el uso.

Cuando la abstinencia inmediata no sea posible, la reducción de riesgos y el seguimiento estrecho resultan preferibles al silencio, la sanción o la pérdida de continuidad asistencial. El consumo persistente, diario, compulsivo, asociado a policonsumo, comorbilidad psiquiátrica o vulnerabilidad psicosocial debe motivar un abordaje interdisciplinario. En estos casos, el cannabis no solo representa una exposición fetal o neonatal, sino también una señal clínica de que la paciente puede necesitar mayor acompañamiento.

En síntesis, el cannabis no debe considerarse inocuo durante el embarazo ni durante la lactancia. La evidencia actual, aun con sus límites, justifica una posición preventiva: preguntar activamente, informar con precisión, recomendar evitar su uso, ofrecer alternativas terapéuticas y sostener una relación clínica no estigmatizante. Para la ginecología y la obstetricia, el desafío no es solo advertir sobre riesgos, sino transformar esa advertencia en una intervención efectiva de cuidado materno, fetal y neonatal.

- functions controlling neuronal specification during brain development. *Mol Cell Endocrinol.* 2008;286(1-2 Suppl 1):S84-S90.
14. Huestis MA. Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chem Biodivers.* 2007;4(8):1770-1804.
15. Scheyer AF, Melis M, Trezza V, Manzoni OJJ. Consequences of perinatal cannabis exposure. *Trends Neurosci.* 2019;42(12):871-884.
16. Corsi DJ, Morris TT, Reed ZE, Davey Smith G. Maternal cannabis use in pregnancy, perinatal outcomes, and cognitive development in offspring: a longitudinal analysis of the ALSPAC cohort using paternal cannabis use as a negative control exposure. *Eur J Epidemiol.* 2025;40:549-562.
17. Paul SE, Hatoum AS, Fine JD, Johnson EC, Hansen I, Karcher NR, Moreau AL, et al. Associations between prenatal cannabis exposure and childhood outcomes: results from the ABCD Study. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(1):64-76.
18. Hill MN, McEwen BS. Involvement of the endocannabinoid system in the neurobehavioural effects of stress and glucocorticoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(5):791-797.
19. Morena M, Patel S, Bains JS, Hill MN. Neurobiological interactions between stress and the endocannabinoid system. *Neuropsychopharmacology.* 2016;41(1):80-102.
20. Franks AL, Berry KJ, DeFranco DB. Prenatal drug exposures and neurodevelopmental programming of glucocorticoid signaling. *J Neuroendocrinol.* 2020;32(1):e12786.
21. Rompala GR, Nomura Y, Hurd YL. Maternal cannabis use is associated with suppression of immune gene networks in placenta and increased anxiety phenotypes in offspring. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021;118(47):e2106115118.
22. Bertrand K, Hanan NJ, Honerkamp-Smith G, Best BM, Chambers CD. Marijuana use by breastfeeding mothers and cannabinoid concentrations in breast milk. *Pediatrics.* 2018;142(3):e20181076.
23. Josan C, Shiplo S, Fusch G, Raha S, Shea AK. Cannabis use during lactation may alter the composition of human breast milk. *Pediatr Res.* 2023;93(7):1959-1968.
24. Ordean A, Kim G. Cannabis use during lactation: literature review and clinical recommendations. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(10):1248-1253.